



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

VIVÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CRISE PSIQUIÁTRICA COM
COMPORTAMENTO CONFLITUOSO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

BELO HORIZONTE (MG)

2023

EDSON ANDRÉ PEREIRA HILÁRIO

VIVÊNCIAS DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CRISE PSIQUIÁTRICA COM
COMPORTAMENTO CONFLITUOSO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Linha de Pesquisa: Organização dos serviços e sua relação com a violência.

Orientadora: Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

BELO HORIZONTE (MG)

2023

Hilário, Edson André Pereira.
H641v Vivência do profissional de saúde na crise psiquiátrica com comportamento conflituoso [recursos eletrônicos]: um estudo fenomenológico. / Edson André Pereira Hilário. -- Belo Horizonte: 2023. 230f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Amanda Márcia dos Santos Reinaldo.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Coerção. 2. Violência. 3. Psiquiatria. 4. Assistência à Saúde Mental. 5. Dissertação Acadêmica. I. Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WM 30

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO/EDSON ANDRÉ PEREIRA HILÁRIO

Realizou-se, no dia 08 de fevereiro de 2023, às 14:00 horas, Universidade Federal de Minas Gerais - Campus saúde, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *VIVÊNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA CRISE PSQUIÁTRICA COM COMPORTAMENTO CONFLITUOSO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO*, apresentada por EDSON ANDRÉ PEREIRA HILÁRIO, número de registro 2020727662, graduado no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo - Orientador (Escola de enfermagem/UFMG), Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (UFMG), Prof(a). Bruno David Henriques (Universidade Federal de Viçosa (UFV).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada eletronicamente por mim e pelos membros da Comissão. Belo Horizonte, 08 de fevereiro de 2023.

Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo (Doutora)

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Doutor)

Prof(a). Bruno David Henriques (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 08/02/2023, às 17:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Marcia dos Santos Reinaldo, Professora do Magistério Superior**, em 13/02/2023, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno David Henriques, Usuário Externo**, em 13/02/2023, às 14:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2071163** e o código CRC **04704B85**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Jesus por sempre se fazer presente em minha vida.

À Professora Doutora Amanda, que há 20 anos apresentou-me a Enfermagem Psiquiátrica ensinando-me a amar a loucura e o louco. E, por hoje guiar-me, e estar ao meu lado nessa difícil, mas gratificante jornada.

À minha esposa Camila, pela cumplicidade, por ensinar-me a amar e a receber amor, pela segurança, por me fazer uma pessoa melhor a cada dia.

Às minhas filhas Helena e Júlia, por serem a razão de tudo.

Ao meu pai José André, por ensinar-me a ser forte diante da vida.

À minha Mãe Maria, que nos poucos anos que convivemos, conseguiu dar-me todo amor do mundo.

Aos meus irmãos, Andréa, Edwaldo, Ivo e Maria Inês por sempre me apoiarem.

A todos os pacientes que me deram a honra de poder cuidar ao longo de todos esses anos.

Certa vez, o padre Henri Nouwen escreveu que: *“Qualquer um que se disponha a penetrar na dor de um estranho é verdadeiramente uma pessoa notável”*. Por isso, agradeço aos meus notáveis amigos e colegas de trabalho do CAPS Renascer de Diamantina, do Hospital Galba Velloso, do Instituto Raul Soares, do Cersam Leste, e em especial do Cersam Barreiro, que, com tanto amor e dedicação, mergulham no sofrimento do outro todos os dias.

RESUMO

HILÁRIO, E. A. P. **Vivência do profissional de saúde na crise psiquiátrica com comportamento conflituoso**: um estudo fenomenológico. 2023. 228f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil, 2023.

O comportamento conflituoso no contexto da crise em saúde mental não é raro, porém, se mostra velado e pouco debatido, sendo um dificultador na consolidação do processo de reforma psiquiátrica. Em alguns casos, tal comportamento é a forma de apresentação da angústia, da insegurança, da perplexidade, do medo e da insatisfação. Estudos sugerem que a forma como o profissional reage emocionalmente ao comportamento do paciente, a atribuição que confere a origem desse comportamento, a estrutura do serviço, entre outros, influenciam na forma como este comportamento é manejado. Em alguns casos podendo levar ao uso de estratégias coercivas. O trabalho tem como objetivo compreender, como os profissionais vivenciam o contexto da crise psiquiátrica em relação ao comportamento conflituoso, bem como identificar os elementos e dificuldades relacionados ao cuidado prestado que emergem dessa experiência. A amostra intencional foi constituída por 12 profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial 24 horas, que se enquadraram nos critérios de inclusão definidos. As descrições das vivências foram obtidas por meio de entrevistas abertas e gravadas. As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com o método fenomenológico descritivo de Giorgi e Sousa (2010). Composto a estrutura geral de significados, foram identificados seis constituintes essenciais: (1) a experiência com um evento psicologicamente impactante; (2) a compreensão psicológica ou julgamento moral dos comportamentos; (3) a percepção das fragilidades do serviço; (4) ansiedade e frustração e outras respostas emocionais; (5) crença de qual o melhor manejo; (6) autopercepção da capacidade profissional. As conclusões apontam para uma experiência única, marcante, que gera emoções agudas, por vezes antagônicas e duradouras, e pouco discutidas. É necessário desenvolver capacitação sobre o tema para resguardar a segurança do paciente e da equipe diante da crise. A forma como os profissionais compreendem e explicam a origem do comportamento conflituoso; como regulam suas próprias emoções, além da melhoria nas habilidades de abordagem verbal e do relacionamento interpessoal com o paciente devem ser trabalhados. É apontada também, a necessidade de avançar nas discussões sobre a rede de saúde mental, a formação do trabalhador, e a reforma psiquiátrica, pensando de forma articulada as questões que afetam o trabalho em ato, e que podem potencializar a abordagem coercitiva do paciente nos serviços.

Palavras-chave: Coerção. Violência. Psiquiatria. Assistência à Saúde Mental.

ABSTRACT

HILÁRIO, E. A. P. **Health professional's experience in psychiatric crisis with conflicting behavior:** a phenomenological study. 2023. 228f. Dissertation (Professional Master in Health Promotion and Violence Prevention) - School of Medicine, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brazil, 2023.

The conflictive behavior in the context of mental health crisis is not rare, but it is veiled and little discussed, being an obstacle to an effective implementation of psychiatric reform. In some cases, such behavior is the form of presentation of anguish, insecurity, perplexity, fear, and dissatisfaction. Some studies suggest that the way the professional reacts emotionally to the patient's behavior, as well as the attribution that gives the origin of this behavior, the structure of the service, among others, that may influence the way this behavior is handled, leading to the use of coercive strategies. By means of a phenomenological study, we sought to understand how professionals experience the context of the psychiatric crisis with the manifestation of the conflictive behavior, identifying the significant elements in the professionals' perspectives that emerge from this experience and the difficulties pointed out by them, that influence the care provided. The intentional sample is made up of 12 health professionals from a 24-hour Psychosocial Care Center who fit the defined inclusion criteria. The descriptions of the experiences were obtained through open interviews, addressing the aspects of the experience. The full transcripts of the interviews were analyzed according to the descriptive phenomenological method of Giorgi and Sousa (2010). Composing the overall structure of meanings, six essential constituents were identified: (1) experience with a psychologically impactful event; (2) psychological understanding or moral judgment of behaviors; (3) perception of service weaknesses; (4) anxiety and frustration and other emotional responses; (5) belief of what management is best; (6) self-perception of professional capacity. The findings point to a unique, remarkable experience that generates acute emotions, sometimes antagonistic and long-lasting, and little discussed. It is necessary to develop a training on the subject to safeguard the patient's and team's safety when facing a crisis. The way professionals understand and explain the origin of the conflicting behavior; how they regulate their own emotions, besides the improvement in verbal approach skills and in the interpersonal relationship with the patient must be worked on. It is also pointed out the need to advance in the discussions about the mental health network, the training of mental health care workers, and the psychiatric reform, thinking in an articulated manner the issues that affect the work in act, and that c potentiate the coercive approach of the patient in the services.

Keywords: Coercion. Violence. Psychiatry. Mental Health Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
CAPSad	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SMS/PBH	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	OBJETIVOS.....	13
1.1.1	Objetivo geral.....	13
1.1.2	Objetivos específicos.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	A COERÇÃO COMO TRATAMENTO, O NASCIMENTO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO.....	15
2.2	REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL.....	20
2.3	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	22
2.4	A CRISE NA PSIQUIATRIA.....	23
2.5	COERÇÃO NA PSIQUIATRIA.....	24
2.6	CONFLITO E CONTENÇÃO.....	26
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1	A FENOMENOLOGIA.....	30
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	33
3.3	OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	34
3.4	COLETA DE DADOS.....	34
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
4.1	ESTRUTURA GERAL DE SIGNIFICADO PSICOLÓGICOS.....	36
4.2	CONSTITUINTES ESSENCIAIS E VARIAÇÕES EMPÍRICAS.....	39
4.2.1	A experiência como um evento psicologicamente impactante.....	39
4.2.1.1	<i>Evento comum no serviço e lembrança de casos singulares.....</i>	<i>39</i>
4.2.1.2	<i>Descrição das cenas de conflito com riqueza de detalhes.....</i>	<i>44</i>
4.2.2	A compreensão psicológica ou julgamento moral dos comportamentos perturbadores dos usuários.....	54
4.2.2.1	<i>Compreensão psicológica do comportamento.....</i>	<i>54</i>
4.2.2.2	<i>Julgamento moral dos comportamentos perturbadores dos usuários...</i>	<i>58</i>
4.2.3	A percepção das fragilidades do serviço.....	60
4.2.3.1	<i>O ambiente físico.....</i>	<i>60</i>
4.2.3.2	<i>O excesso de demanda.....</i>	<i>62</i>
4.2.3.3	<i>Equipe de funcionários.....</i>	<i>63</i>
4.2.4	Ansiedade, frustração e outras respostas emocionais diante do comportamento conflituoso.....	69
4.2.4.1	<i>Ansiedade e medo.....</i>	<i>69</i>
4.2.4.2	<i>Frustração e raiva.....</i>	<i>71</i>

4.2.4.3	<i>Outras respostas emocionais ao comportamento conflituoso.....</i>	72
4.2.5	Percepção do manejo adequado do comportamento conflituoso.....	75
4.2.5.1	<i>Medidas preventivas ao comportamento conflituoso.....</i>	75
4.2.5.2	<i>Prioridade ao manejo verbal.....</i>	77
4.2.5.3	<i>A Contenção física como opção terapêutica.....</i>	82
4.2.6	Autopercepção da capacidade profissional.....	83
4.2.6.1	<i>Autopercepção da capacidade técnica e interpessoal de manejo a crise.</i>	83
4.2.6.2	<i>O processo de aprendizagem.....</i>	85
4.2.6.3	<i>Nível de segurança.....</i>	86
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
5.1	A EXPERIÊNCIA COMO UM EVENTO PSICOLÓGICAMENTE IMPACTANTE.....	90
5.2	COMPREENSÃO PSICOLÓGICA OU JULGAMENTO MORAL DOS COMPORTAMENTOS.....	92
5.3	A PERCEPÇÃO DA FRAGILIDADE DO SERVIÇO.....	95
5.4	ANSIEDADE E FRUSTRAÇÃO DA EQUIPE, OU OUTRAS RESPOSTAS EMOCIONAIS AO COMPORTAMENTO DO USUÁRIO.....	97
5.5	A CRENÇA DE QUAL O MELHOR MANEJO DO COMPORTAMENTO CONFLITUOSO.....	99
5.6	AUTOPERCEPÇÃO DA CAPACIDADE PROFISSIONAL.....	100
5.7	OUTRAS QUESTÕES PARA DISCUSSÃO.....	102
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICES.....	113
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	113
	APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas.....	119
	APÊNDICE C - Transcrição das entrevistas.....	120
	ANEXOS.....	214
	ANEXO A - Termo de anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte.....	214
	ANEXO B - Parecer Consubstanciado – CEP/UFMG.....	215
	ANEXO C - Parecer Consubstanciado - CEP-SMS/PBH.....	219

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é uma política em construção permanente e suas conquistas, apesar de incontestáveis, ora avançam, ora retrocedem, de acordo com o cenário político do país. Em relação aos avanços podemos citar o fechamento dos leitos psiquiátricos asilares, o acolhimento de pacientes com longo histórico de internação em serviços residenciais terapêuticos, a ampla rede assistencial territorial instalada, a utilização do dispositivo de equipes e profissionais de referência como gerenciador do cuidado.

Um dos grandes entraves à definitiva superação da lógica assistencial da Psiquiatria tradicional se apresentou diante da crise psiquiátrica com comportamento conflituoso associado. Em Psiquiatria “conflito” pode ser definido como todo o comportamento do usuário que pode causar danos: violência hetero e autodirigida como o suicídio, atos de automutilação e autolesão; uso de álcool ou drogas; fugas; pode incluir o não cumprimento de regras básicas, como a recusa de cuidados e de tratamentos, fumar em áreas proibidas, entre outros (BOWERS, 2014a).

Nessas ocasiões, diante de uma apresentação mais aguda dos sintomas, com o paciente demonstrando, em função de seu sofrimento, um comportamento ameaçador e violento, a assistência em saúde mental, em alguns casos, coloca em prática um aparato coercivo, incompatível com os princípios da atenção psicossocial. Internação involuntária, administração imperativa da medicação, restrição física de movimentos, além de outros, são meios usuais de contenção do paciente em crise.

Em Psiquiatria "contenção" se refere aos métodos que a equipe usa para gerenciar o conflito: medicamentos adicionais; aumento da vigilância ou observação dos usuários e a contenção física e/ou mecânica do usuário (BOWERS, 2014a).

Como um movimento que combate o modo de funcionamento do hospício e da Psiquiatria tradicional, com norte na liberdade e no cuidado integral e promotor de cidadania, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representada pelos operadores da assistência, serviços, e suas normativas, deve questionar se a prática coercitiva executada durante a assistência no momento da crise deve estar presente de forma tão aguda, quanto o sintoma manifestado pelo paciente.

Nesse contexto, as práticas manicomiais, expressas pela contenção física e química da crise, bem como comportamentos coercitivos são comuns. Sendo justificados com base na

proteção do paciente e das demais pessoas do serviço, como membros da equipe e de outros pacientes acompanhados.

Ainda na graduação em Enfermagem, apesar do interesse pela saúde mental, sempre me intrigou a atuação coercitiva por parte de alguns trabalhadores do cuidado durante a história da Psiquiatria. Após a graduação, o desejo de atuar na saúde mental passava necessariamente por procurar fazer diferente do que, até então era conhecido como um processo de trabalho na Enfermagem Psiquiátrica. Atuei por cinco anos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no interior de Minas Gerais, e após iniciei uma segunda etapa da vida profissional, agora em um serviço psiquiátrico hospitalar com urgência e internação de curto e médio prazo, na capital do estado.

Nesse novo campo de atuação deparou-se com profissionais que, apesar de se esforçarem para abandonar os conceitos e práticas manicomiais, historicamente constituídos de atuação, na prática se mostravam distantes das teorias do cuidado, com base no referencial da reabilitação psicossocial. No cotidiano dos serviços em que estive inserido, observei um direcionamento da atuação dos profissionais pelo discurso da Psiquiatria Biológica/Organicista, predominante nas instituições. Discurso este que pauta uma abordagem voltada à prestação de cuidados básicos, administração de medicação, monitoramento de sinais vitais, observação rigorosa e controle de comportamentos disfuncionais.

Após algum tempo novamente voltei a atuar em um serviço aberto e territorial de atenção psicossocial, desta vez na capital do estado, conclui-se que, diante da crise psiquiátrica, quando o paciente apresenta sintomas de agitação psicomotora, ideação de autoextermínio e o comportamento hostil e violento, é notória a dificuldade de atuação dos profissionais, independente do cenário.

De todos os desafios que encontrei no cotidiano de atuação, o cuidado ao paciente psiquiátrico com comportamento conflituoso se mostrou o maior deles. As abordagens e as condutas mal planejadas, conduzidas e implementadas sem critérios são constantes, levando em alguns casos, a consequências desastrosas para os profissionais e para os pacientes. Os danos a equipe são reais, o cuidado mal planejado e executado de forma inadequada acarreta danos físicos, psicológicos, afastamentos, ansiedade, crises antecipatórias, falência do projeto terapêutico a médio e longo prazo.

Entende-se ser essencial a discussão do tema nos cenários da saúde mental brasileira. Compreende-se que qualquer construção teórica ou estratégia de ação que tenham como meta o impacto na realidade, deve necessariamente emergir do cotidiano do serviço. Este estudo tem

por finalidade, uma melhor compreensão de como os profissionais de um CAPS vivenciam a crise psiquiátrica com o comportamento conflituoso associado.

Para tal, em uma primeira parte, apresenta-se uma revisão bibliográfica sobre o tema. Trata-se do surgimento do paradigma psiquiátrico, das origens do tratamento coercivo, bem como, os conceitos de crise psiquiátrica, coerção e involuntariedade no tratamento em saúde mental. Também são descritos os conceitos de conflito e contenção, e os fatores que os influenciam. São também apresentados e discutidos os CAPS em função de seu protagonismo na rede de atenção à urgência psiquiátrica. Em uma segunda parte, apresenta-se a teoria metodológica deste estudo: o Método Fenomenológico de Investigação, detalhando suas etapas. Na terceira parte são apresentados os resultados da análise fenomenológica dos discursos: a estrutura geral de significado, seus componentes essenciais e variações empíricas. Por fim, traça-se um paralelo entre os resultados apresentados, e a literatura relevante sobre o tema.

Um passo fundamental no entendimento desse contexto passa necessariamente pela compreensão de como os profissionais vivenciam tais situações de conflito. Na busca por tal entendimento, norteados pelo método fenomenológico, realizou-se um estudo de abordagem fenomenológica do tema, partindo da descrição de situações de conflito vividas por profissionais de um CAPS 24 horas, na busca por responder três questionamentos: como os profissionais vivenciam o contexto da crise com comportamento conflituoso associado? Quais elementos significativos emergem e influenciam na forma como o manejo de tal situação ocorre? Quais as dificuldades percebidas?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender como os profissionais vivenciam o contexto da crise psiquiátrica com a manifestação de comportamento conflituoso.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os elementos significativos no contexto da crise psiquiátrica com a manifestação de comportamento conflituoso na perspectiva dos profissionais.
- b) Identificar se a experiência do profissional influencia no cuidado prestado.

- c) Discutir a experiência do trabalhador do cuidado em saúde mental e o comportamento conflituoso, de acordo com a literatura científica sobre o tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A COERÇÃO COMO TRATAMENTO, O NASCIMENTO DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO

O entendimento sobre o manejo da crise psiquiátrica tangencia de certa forma a compreensão de como se deu a construção do chamado paradigma psiquiátrico, que por sua vez é o produto de três fatos históricos: a origem das políticas públicas de saúde; a origem do hospital e a origem do manicômio (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Na Idade Média os tratamentos eram ofertados nas ruas, nas feiras, por curandeiros, cirurgiões barbeiros, práticos de uma maneira geral, ou seja, a Medicina em seus primórdios tinha um caráter eminentemente individual. A Europa no início do século XVIII, passou por um intenso processo de industrialização levando a uma concentração de pessoas nos centros urbanos com conseqüente degradação do meio ambiente e adoecimento disseminado com o aumento das taxas de mortalidade, principalmente nas populações mais vulneráveis. Nesse contexto, a Medicina que tinha um caráter individual passa a ter um caráter social e convidada a repensar o espaço urbano (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Na chamada Medicina do espaço urbano na França, entendida como ciência, a medicina é convidada a orientar a organização desse espaço. Aos médicos reformadores é dada a missão de identificar os lugares que poderiam originar e propagar doenças. Não era foco de intervenção o indivíduo doente ou a doença, mas o espaço urbano (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

O hospital somente se tornou uma instituição médica no século XVIII, mas sua origem remete ao Século IV, a partir da fundação do primeiro local que se tem registro: em São Basílio, Capadócia. O espaço nasceu como uma instituição de caráter religioso, cujo objetivo era pôr em prática a caridade cristã, prover um teto e cuidados básicos. Não tinham o objetivo de “curar”, mas de permitir aos que esperavam a morte, um ambiente de cuidado e caridade cristã (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Nesses locais, todo tipo de desviantes: devassos, prostitutas, venéreos, pobres, desabrigados, doentes e loucos, eram confinados, não com o objetivo de cura, mas para aguardar a morte, em um ambiente de isolamento e caridade cristã (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2004; ROCHA, 1994).

A fundação do Hospital Geral de Paris marcou a transformação em uma instituição de Estado. Inaugurado em 1656, o Hospital Geral de Paris, passou a ser o responsável pela

internação indiscriminada de indivíduos que tinham em comum apenas o desamparo, a precariedade de recursos e a falta de meios próprios para a subsistência.

A internação podia ser voluntária, ou involuntária, uma instituição com tais poderes, era uma advertência. O hospital deixava de ser uma instituição religiosa e filantrópica, passando a ter funções de Estado. Seguiu sem objetivo de cura, mas de isolar tais indivíduos da sociedade. (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Naquele ano a totalidade dos indivíduos que viviam na instituição era de 3.874, entre eles 769 funcionários do serviço, entre os quais, na verdade, havia 435 pobres que receberam um aumento de alimentos e uma pequena soma de quatro libras por mês (WEINER, 2002).

Ao abrigar todo tipo de doentes e doenças, o Hospital Geral e suas duas grandes unidades: *Bicêtre* que abrigava homens e *Salpêtrière* para mulheres, passou a ser um dos principais objetivos da Medicina do espaço urbano. No final do século XVIII, os hospitais começam a ser sistematicamente visitados pela Medicina urbana. Jacques Tenon foi encarregado pela Academia de Ciências para analisar o hospital, propor a melhor forma de tratar os doentes, melhor modo de distribuí-los e impedir que contaminasse à população geral. Entre suas funções estava repensar o hospital, sua localização, avaliando correntes de vento, posição com o sol, entre outros (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

A entrada da Medicina no ordenamento da ocupação do espaço urbano e da autonomia para executar as ações necessárias para tal, evidencia que a partir daquele momento o hospital passa a ser uma instituição médica com poderes sobre a vida das pessoas e seus modos de viver e ocupar as cidades. O nascimento da prática médica no espaço hospitalar é marcado pela necessidade de reconfiguração da ocupação do espaço urbano, do isolamento do que é considerado desviante e do poder de isolar para compreender o que se passava com os corpos dissonantes, do que era considerado normal naquele período histórico. No hospital a Medicina se vê diante da possibilidade de agrupar doenças, observá-las, descrever sua apresentação e evolução, por meio de dois princípios das Ciências Naturais: o isolamento e a separação, permitindo a elaboração de uma taxonomia. Os médicos nunca tiveram tantos indivíduos doentes, com doenças diferentes, reunidos em um só lugar, prontos para serem observados e classificados, com a possibilidade de se testar diariamente os tratamentos e as teorias. (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Por sua vez, a origem do manicômio remete ao final do século XVIII, por ocasião da Revolução Francesa (1789 e 1799), quando nascem os conceitos de cidadania, democracia e república. A Ciência assume o novo lugar de verdade, e as instituições sociais deveriam perder

as características do antigo regime. Ao seguir essa lógica, em 1793 Philippe Pinel, um médico enciclopedista, é nomeado médico-chefe do Hospital de *Bicêtre* (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Ao assumir a direção, Pinel teve como missão transformar a loucura em um problema médico. A partir do pressuposto de que a loucura não aniquilava a razão, restava resquícios dela que pudessem ser objeto de um tratamento. Em *Bicêtre*, Pinel encontrou os mais diversos tipos de desviantes. Retirou do hospital os velhos, pobres, vadios, permanecendo apenas os loucos em confinamento. Não mais para esperar a morte, mas sim para ser observado, controlado e normatizado, tornando-se o objeto de um novo saber: o Alienismo (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

A partir de então, por meio de uma série de estratégias que passaram a ser conhecidas como tecnologia pineliana, ele passou a propor um modelo científico de tratamento do Alienismo, com base em três princípios: o isolamento do mundo exterior; a constituição da ordem asilar e a relação de autoridade (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2004; PINEL, 2007).

Segundo a teoria das paixões, o alienado seria o que deixa se dominar pelas paixões artificiais, distantes da realidade objetiva. As paixões poderiam ser debilitantes: desgosto, ódio, temor, saudade, remorso, ciúme, inveja; ou alegres: a própria alegria, o orgulho, o amor, a adoração, entre outros. Ambas são vivenciadas de forma normal por todos os indivíduos, porém, em excesso, exageradas, desmedidas, elas contribuem para a alienação mental (AMARANTE, 2003).

O primeiro princípio do tratamento, ou seja, o isolamento tinha dois grandes objetivos: isolar para conhecer e isolar para tratar. Pinel era naturalista, compartilhava da ideia de que para se conhecer um objeto era necessário retirá-lo de seu meio natural, evitando interferências, sendo objeto da ciência experimental. Ao permitir observar, descrever, comparar e classificar o isolamento possibilitou ordenar as categorias das diversas formas de loucura, levando Pinel a elaborar o primeiro conceito de alienação mental (AMARANTE, 2003; CASTEL, 1978).

Pinel acreditava que transformando o contexto físico e social do alienado seria possível tratá-lo. Em seu tempo, o asilo era o melhor meio de isolar o alienado dos condicionantes adversos ao seu bem-estar, ou seja: isolar para tratar. Castel (1978) citou o mais célebre discípulo de Pinel, Esquirol afirmou que ambos concordavam que o hospital psiquiátrico era por si só, um instrumento de cura, sob a direção de um médico com a habilidade ele se torna o mais potente agente de tratamento das doenças mentais.

O segundo princípio a ordem asilar trata da estrutura regulatória da instituição, suas regras, seus lugares (PINEL, 2007).

O tratamento moral é o conjunto de estratégias voltadas para a reeducação da mente alienada por meio de uma relação de autoridade, onde a própria organização do regime hospitalar teria um importante papel. Weiner (2002) explicou que nesse caso, a palavra moral, não tem relação com moralidade, e sim com psicológico, seria então um tratamento que surge dos métodos psíquicos, em oposição às terapias orgânicas, físicas, medicamentosas da Medicina mental, até o século XVIII, como o uso de purgativos, inanição, entre outros.

O surgimento da Enfermagem Psiquiátrica, passa necessariamente pela análise dos feitos de uma figura histórica, que só recentemente ganhou notoriedade. Apesar de citado inúmeras vezes no livro original de Pinel, somente no início do século XXI os estudos trouxeram o registro histórico, que grande parte do trabalho de Pinel se deu pela observação dos métodos de Jean-Baptiste Pussin, considerado o primeiro enfermeiro psiquiátrico (WEINER, 2002).

Após passar alguns anos internado com diagnóstico de “Humores frios”, Pussin foi nomeado intendente do pavilhão de loucos de *Bicêtre*. Na ocasião o acorrentamento dos loucos era uma prática usual e espancamentos não eram incomuns. Sangramentos, purgativos, banhos com água muito fria ou quente eram as terapias utilizadas. Pussin como um observador atento concluiu que os maus tratos deixavam os loucos ainda mais agressivos. Em seus escritos dissertava que agressões não tinham o poder de reverter os sintomas que os acometiam, tendo por conduta afastar seus subordinados que assim agissem. Pregava o benefício de se desacorrentar o louco, mas com o uso de camisa de força, método que considerava mais eficiente (WEINER, 2002).

De fato, no pensamento da época o tratamento moral não deveria ser “violento”, e o alienista Pinel, se posicionava contra o uso de tratamentos como a inanição, por exemplo, por ser considerada uma prática desumana e contraproducente. O tratamento moral se apresentou à ciência e à sociedade como um avanço em relação às práticas agressivas e desumanas vigentes naquele período. Porém, ao mesmo tempo que se posicionou contra a agressão física e o acorrentamento, ele propôs a imposição do temor, do isolamento involuntário, da violência psicológica, ou seja, a coerção como prática “cientificamente” comprovada.

Pinel em seu tratado também procurou descrever e justificar um dos principais instrumentos de ação do tratamento moral diante do comportamento desafiador do paciente, a contenção física. O tratado médico filosófico escrito por Pinel, tinha por pretensão ser um guia,

uma espécie de manual para as futuras instituições psiquiátricas. Portanto, vários aspectos do funcionamento da instituição foram abordados. A figura do chefe de Enfermagem era essencial, sendo importante que o profissional tivesse além de firmeza moral e compromisso com o trabalho, uma compleição física robusta onde o vigor e a força eram importantes características físicas e de personalidade do profissional (WEINER, 2007).

A experiência francesa não foi a única em relação ao nascimento de uma estrutura teórica e física da assistência psiquiátrica, outros países tiveram experiências parecidas, por exemplo, na Inglaterra com Willian Tuke, embora a experiência francesa tenha sido a de maior repercussão. Pinel foi o primeiro alienista a organizar um hospital psiquiátrico moderno, além de ser o autor do primeiro livro de Psiquiatria. Porém, propor uma instituição que tinha na “repressão enérgica” uma prática terapêutica, coibindo com violência a crise violenta, pode ser considerado uma forma equivocada de abordar a expressão de um sintoma da loucura (WEINER, 2002).

O tratado médico filosófico sobre a alienação mental e a mania, publicado em 1800, com uma segunda edição em 1809, divulgou a tecnologia pineliana e defendeu um tratamento baseado no isolamento involuntário, e a imposição da terapêutica, normalizando a coerção nos ambientes de saúde mental. Mesmo após o advento da psicofarmacologia, que segundo Foucault foi o horizonte de possibilidade da despsiquiatrização, conseqüentemente, o fim do tratamento moral, seus fundamentos acompanharam a Psiquiatria, independente do ambiente em que ela fosse exercida (WEINER, 2002).

Anos depois da publicação do Tratado, o Manicômio chega ao século XX, se mantendo como a principal instituição de tratamento para a loucura. No século XXI ainda existem profissionais que defendem sua existência apesar das evidências científicas de que a exclusão, as práticas manicomiais, e o tratamento em um ambiente manicomial não produz saúde.

Goffman (1974) conceituou o manicômio como uma das “instituições totais” onde a individualidade do sujeito, sua autonomia, e projetos de vida sofrem o apagamento histórico e social e são incompatíveis com seus direitos universais e os direitos humanos.

Apesar de serem instituições precárias, as instituições totais, entre elas o manicômio, se apresentaram à sociedade como máquinas eficientes de correção do comportamento dos que lá estão, e utilizam da coerção para disciplinar os corpos e o comportamento advindos deles. Nessas instituições persiste o isolamento como forma de controle e homogeneização do que é humano a cada um de nós. Não é permitindo uma escolha da forma como viver dentro dos espaços de exclusão da vida cotidiana. Os internos perdem o direito à privacidade, aos bens,

à aparência, às vezes ao próprio nome, a subjetividade inexistente, tudo é homogêneo. Sem acesso à informação, tendem a se sentir culpados e inferiores, objetos do outro sob a justificativa do tratamento necessário. As pessoas adoecidas respondem de maneira igual a dois outros grupos: a equipe dirigente, e a equipe de guarda que detêm o poder dentro da instituição. O contato entre os pacientes e a equipe dirigente é mediado pela equipe de guarda, sendo o controle dos internos feito com poder e autoridade (GOFFMAN, 1974).

Discutir a instituição psiquiátrica e seu modo de trabalho como um lugar coercitivo é interessante para compreender que existe uma lógica marcadamente histórica, ainda que perversa, para compreender a coerção nos espaços de assistência e cuidado da Psiquiatria, em especial compreender, como os trabalhadores operam e justificam o comportamento coercitivo. Apesar da reforma psiquiátrica e do referencial da reabilitação psicossocial atrelado ao trabalho em rede, é possível compreender por meio do resgate histórico que os ecos sociais, e políticos do fazer manicomial ainda persistam em cenários de transição e operacionalização do cuidado em liberdade, a coerção perpetrada por trabalhadores do cuidado tem sua lógica no modelo manicomial de fazer e pensar a Psiquiatria.

2.2 REFORMAS PSIQUIÁTRICAS E MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL

As situações de exclusão e violência vividas durante a Segunda Guerra Mundial proporcionaram um novo olhar sobre a forma como a sociedade lidava com a loucura. As chamadas reformas psiquiátricas surgiram como movimentos teóricos e institucionais em grande parte, fruto do contexto dos movimentos sociais da Europa nas décadas de 50 e 60. Trata-se, de maneira geral, de questionamento dos rumos que o hospital psiquiátrico como instituição de tratamento havia tomado, pois, com raras exceções tais instituições, independente do país ou contexto social local, se tornaram insalubres, negligentes e desprovidas de teoria ou ética na prestação do cuidado e da assistência. Questionar o modelo asilar e sua estrutura física, o manicômio, passou a ser ‘comum’ em diferentes espaços, e por atores diversos e ‘incomuns’ (AMARANTE, 2003; BASAGLIA, 1979).

No que pese a experiência brasileira, a Psiquiatria Democrática italiana e seus preceitos propiciaram o arcabouço teórico para o chamado movimento de Luta Antimanicomial brasileira, lançando as bases para o atual sistema de atenção em saúde mental do Brasil. Liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, o movimento iniciado na década de 60 foi marcado por uma série de acontecimentos na cidade de Trieste, que culminou com o fechamento dos

leitos psiquiátricos na Itália. Seguiu-se a criação de uma rede aberta de atenção em saúde mental, composta por centros de saúde mental 24 horas, serviço hospitalar de urgência psiquiátrica, cooperativas sociais e residenciais terapêuticas. O diferencial desse movimento era o fato de questionar o próprio conceito de loucura como simples desvio da normalidade, colocando a impossibilidade de uma instituição ter como base o isolamento e a repressão para tratar tais pacientes (AMARANTE, 2003).

No Brasil, o modelo psiquiátrico hegemônico foi o Pineliano, desde a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852. Tal inspiração fica clara ao se analisar o Decreto nº 1.077 de 1852, que estabelecia o estatuto do primeiro espaço para alienados do Brasil, que definia que:

Art. 32. que os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência são: 1º A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios; 2º A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo respectivo Facultativo; 3º A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o respectivo Clínico prescrever, não excedendo a dois dias, cada vez que for aplicada; 4º O colete de força, com reclusão ou sem ela; 5º Os banhos de emborcação, que só poderão ser empregados pela primeira vez na presença do respectivo Clínico, e nas subsequentes na da pessoa e pelo tempo que ele designar.

Tal realidade sofreu questionamentos somente no final da década de 70. Integrado ao movimento sanitário da época, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que em 1987 passou a se denominar Movimento de Luta Antimanicomial, militou por cerca de duas décadas, vindo a ter conquistas reais em 2001, com a publicação da Lei Federal nº 10.216 que regulamentou a atenção às pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 2003; BRASIL, 2001).

De maneira geral, a lei determinou o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos hospitalares, com a criação de uma rede de atenção em saúde mental comunitária, territorial e promotora de cidadania. A RPB é um movimento político, ético, social e cultural jovem, ainda passível de desmonte. Nos últimos 8 anos foram observados retrocessos na política de estado para a área, por isso a necessidade de atenção permanente em relação a construção desse movimento. . Independente dessa questão, se pensar em um marco temporal, muitos trabalhadores do cuidado já foram formados em diferentes níveis, sob os auspícios e referenciais da RPB.

Nesse sentido, pode-se avançar para pensar no que e porque se desencadeia o comportamento coercitivo no momento da crise. Para tanto, o é importante fazer, ainda que

breve, a discussão sobre o componente da RAPS e onde se maneja a crise advinda do sofrimento e da desorganização manifesta do paciente.

2.3 O CENTROS E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No processo de RPB a importância dos movimentos sociais é indiscutível, porém, o fator determinante foi o próprio SUS. Os princípios da descentralização e regionalização do sistema levaram a responsabilidade pela implantação da rede assistencial para os municípios. Criam-se sistemas locais de saúde que são fruto da interação entre as instâncias Federais, Estaduais e Municipais, ou seja, redes diversificadas, heterogêneas, mas que têm em comum a negação dos grandes hospícios asilares centralizados em algumas cidades. Os avanços são incontestes, mas frágeis diante de governos autoritários e interesses de classes, daí a necessidade de defesa constante do que foi conquistado no campo da saúde mental brasileira.

Nesse contexto, foram criados os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). A princípio apenas como experiências locais, como o caso dos CAPS de Santos no início da década de 90. Ofertados por meio da Portaria nº 224 de 1992, ainda num período antes da aprovação da lei da reforma, os CAPS e NAPS foram pensados como serviços intermediários, entre os ambulatórios e os hospícios, que até então não seriam objeto de intervenção (BRASIL, 1992).

Após a publicação da Lei nº 10.216 em 2001, o impacto na diminuição das internações provocados pela implantação dos serviços, foi ratificada por meio da publicação da Portaria nº 336 em 2002, o caráter substitutivo e não mais intermediário dos CAPS. Os CAPS passam a ser então a referência, o centro de uma rede capilarizada pelas estratégias de saúde da família e serviços residenciais terapêuticos. Como serviço de ordenador da saúde mental, para ele seria encaminhado àqueles que demandassem atenção semi-intensiva e não intensiva, mas também os pacientes que necessitavam de cuidados intensivos devido a manifestação dos sintomas da doença, tais como no momento da crise psiquiátrica.

Os CAPS são os ordenadores do cuidado em rede no que tange à saúde mental, sua centralidade se dá pela organização, assistência e suporte. Não se trata de um dispositivo compatível com a lógica do encaminhamento, visto que o que se deseja é o tratamento territorial e capilarizado pelas outras redes de atenção à saúde, com a implicação dos atores envolvidos. Como ordenador, também deve ser compreendido como um “lugar espelho” para os demais serviços da rede. Espera-se que que boas práticas em saúde mental sejam desenvolvidas e replicadas nos demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Se o manejo da

crise sofre dos ecos do tratamento moral em sua face coercitiva naquele lugar, tem-se uma questão importante a ser debatida entre os trabalhadores do cuidado, pois entende-se que a coerção é incompatível com o cuidado integral.

2.4 A CRISE NA PSIQUIATRIA

Para além de um questionamento sobre o conceito de loucura, é essencial a compreensão do conceito de crise, descrito pela Psiquiatria convencional e pela reforma psiquiátrica.

Foucault (2004) apontou que o conceito de crise é construído a partir da visão histórica e cultural daquela sociedade. Pode ser entendido como uma manifestação de sabedoria, possessão demoníaca, bruxaria e nos últimos séculos como doença. As intervenções são então adaptadas a cada um desses contextos, pode ir de exorcismo e queima na fogueira, passando pelo tratamento moral e chegando às formas de tratamento relacionados a contenção física, mecânica e química.

Historicamente, a resposta à crise é um reflexo do conceito que lhe é atribuído ao longo da existência da humanidade. De origem grega, a palavra “*krisis*”, originalmente, define um estado no qual se deve tomar uma decisão. É um momento fértil para a mudança e o crescimento. Porém, na Psiquiatria o termo assumiu aspecto negativo, algo que se deve eliminar o mais rápido possível, se resumindo a uma agudização dos sintomas psiquiátricos, sendo o retorno à normalidade o principal objetivo da ação a ser implementada (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A crise ao ser tratada na perspectiva da contenção, e conseqüentemente, do isolamento, arrasta o indivíduo a uma ruptura com sua rede de suporte social e ao processo de incapacitação e invalidação social. As crises, em alguns casos, são a via de entrada no circuito psiquiátrico, a base de rotulação de periculosidade e a justificativa da internação involuntária. Historicamente, a crise e seu comportamento manifesto é o argumento para a internação prolongada, quando não permanente, além de outros processos de exclusão/segregação (DELL’ACQHA; MEZZINA, 2005).

Trata-se do ápice da simplificação, na qual o sujeito em crise reduz toda a complexidade de sua existência aos sintomas, e do mesmo modo os serviços se preparam para validar tal modelo de simplificação, não considerando que uma situação existencial complexa, exige uma complexidade no manejo (DELL’ACQHA; MEZZINA, 2005).

Após a reforma psiquiátrica o conceito de crise tem significado ampliado para algo que transcende o âmbito individual, passando a ser coletivo, algo que o usuário deve passar sem perder sua continuidade existencial e histórica, mantendo seus vínculos sociais e familiares, com formação de novos vínculos com o próprio serviço e profissionais que o acolheram (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Na reforma psiquiátrica o conceito de emergência psiquiátrica deveria ser ampliado, passando a abranger dimensões para além do sujeito. Nesse caso, não só a presença de sintomatologia psiquiátrica grave e/ou aguda, estados de agitação psicomotora combinada ou não com agressividade define a crise, mas também, se há a ruptura das relações familiares e/ou sociais, com risco e incapacidade do indivíduo e sua rede em lidar com a situação ou se essa rede ainda tem gerência sobre seu comportamento. Outro ponto a ser levado em consideração é a posição do indivíduo diante da crise, se é de recusa ou indiferença em relação ao tratamento, ou de aceitação do mesmo (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

A crise e seu manejo revelam o referencial do local em que se compreende o adoecimento psíquico; o entendimento por parte do profissional, de sua manifestação enquanto uma forma de estar no mundo naquele momento; o lugar de manejo dessa manifestação, e principalmente, como o trabalhador do cuidado, independentemente de sua formação, percebe, organiza e opera suas competências formativas diante da desorganização manifestada do indivíduo (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

2.5 COERÇÃO NA PSIQUIATRIA

Historicamente o comportamento violento em psiquiatria tem como resposta o uso de estratégias coercivas de manejo. A coerção no contexto da Psiquiatria se refere a um conjunto de medidas que vão desde a internação involuntária, à imposição ou administração de medicação, associada ou não ao uso de contenção física e mecânica (ASIKAINEN *et al.*, 2020).

Uma outra classificação comumente aceita estabelece a existência de uma coerção formal: que se refere à internação involuntária de acordo com a legislação de saúde mental; coerção informal: que agrupam as pressões de tratamento, conjunto de intervenções para conduzir o paciente a aceitar a terapêutica proposta, persuasão e incentivos; além da coerção percebida que se trata da sensação subjetiva de estar sendo coagido (LOREM; HEM; MOLEWIJK, 2015; SZMUKLER, 2015).

A maior parte dos países ocidentais possui legislação que permite a coerção na saúde mental, sendo autorizado legalmente a cessar a liberdade e estabelecer um tratamento involuntário para as pessoas em sofrimento. (GOODING; MCSHERRY; ROPER, 2020; ROSE *et al.*, 2017).

No caso do Brasil é a Lei nº 10.216 de 2001 que, se por um lado, propõem o fechamento de leitos psiquiátricos asilares e condiciona a internação hospitalar a insuficiência de recursos extra-hospitalares, por outro, mantém um sistema de internação involuntária condicionada à avaliação médica, além da internação compulsória que utiliza os mesmos critérios, porém, como determinação judicial. Tal condicionamento abre as possibilidades para as internações involuntárias e compulsórias, por vezes sem maiores esforços em contrário (BRASIL, 2001).

Na Alemanha por exemplo por meio Tribunal Constitucional Federal Alemão e do Tribunal Federal de Justiça em 2011 e 2012, delimitaram que a involuntariedade do tratamento em Psiquiatria seria somente nos quadros com risco de vida (GOODING; MCSHERRY; ROPER, 2020).

Desde a Convenção das Nações Unidas sobre direito das pessoas com deficiência em 2006, o debate sobre o tema se intensificou, em torno dos artigos 12 e 14, que resumidamente, colocam que toda pessoa com deficiência deve ser considerada legalmente capaz durante todo o tempo, e que a existência de uma deficiência em nenhum momento deve ser justificativa para a privação de liberdade. Nesse caso, os portadores de transtorno mental são incluídos por meio da chamada deficiência psicossocial (GOODING; MCSHERRY; ROPER, 2020; ROSE *et al.*, 2017; SZMUKLER, 2015).

Em oposição a um sistema de extremos entre o voluntário e o involuntário Bach e Kerzner (2010), com base no preconizado na Convenção da ONU, estabeleceram três níveis de “capacidade decisória”. No primeiro estaria o paciente “legalmente independente”, tendo plena capacidade de decisão. O próximo nível vários sistemas de apoio formais e informais se articulariam para levar o paciente a uma decisão sem a perda de sua autonomia. O terceiro nível, seria um último recurso, no qual diante da impossibilidade de um consenso outro tomaria a decisão, porém, o paciente seguiria sendo acompanhado por um facilitador na busca por um consentimento.

O debate do quão ético e legal são os tratamentos baseados na coerção é conflituoso e pouco construtivo. Divide-se entre certo e errado, com pouca diversidade na reflexão sobre o que pode ou não justificar uma conduta coercitiva. Muitos se posicionam com críticas severas a condutas coercitivas na saúde mental, enquanto outros ponderam que seu uso não fere os

princípios éticos, na medida em que os benefícios de proteção e tratamento ultrapassam os prejuízos na autonomia, integridade e conforto dos pacientes (LOREM; HEM; MOLEWIJK, 2015).

Alguns pacientes podem reconhecer que a coerção foi correta ou necessária em determinada situação, porém, inúmeros estudos apontaram para os efeitos colaterais de tal abordagem: dilemas éticos, danos psicológicos, físicos, estresse pós-traumático, entre outros. No primeiro caso ao se considerar que pode ser moralmente aceitável, e até mesmo urgente, tratar as pessoas de maneira involuntária em algumas situações, argumentos legais, clínicos e éticos buscam sustentar sua utilização. Nessas situações o comportamento auto e hetero agressivo, risco de suicídio e autonegligência grave apontaram para a necessidade de ajuda. Protelar o uso da coerção pode ser negligente ao não se favorecer que o paciente tenha o auxílio que necessita (LOREM; HEM; MOLEWIJK, 2015; ROSE *et al.*, 2017).

Diante da necessidade de uso de tratamentos coercivos, recentemente as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e outras diferentes estratégias são usadas para a redução da violência, protelando ou prevenindo o uso de coerção. Medidas restritivas são dispensadas ou atenuadas por meio de métodos sistematizados de manejo da violência como técnicas de desescalamento verbal da agressividade, e programas de prevenção à contenção como o *Six Core Strategies* e o programa *Safewards* (ASIKAINEN *et al.*, 2020; GOODING; MCSHERRY; ROPER, 2020).

Diante das estratégias e formas de coibir a coerção e seu uso por parte dos trabalhadores do cuidado em saúde mental ao manejar o comportamento violento, agressivo do usuário dos serviços, é importante compreender por que a atitude coercitiva é utilizada em detrimento de outras tecnologias do cuidado no momento da crise. O que leva a escolha de uma abordagem em detrimento da outra? Pode-se inferir que seja desconhecimento, repetição de um modo aprendido e apreendido de manejo em uma situação delicada, e, que pede pronta resposta por parte da equipe. Independente dessa questão, fato é que, o manejo da crise tem desdobramentos para o paciente e os trabalhadores, daí a importância do seu estudo.

2.6 CONFLITO E CONTENÇÃO

Apesar da evolução na teoria, no discurso e no modelo assistencial após a reforma, uma questão que se coloca no cotidiano dos vários cenários de tratamento em saúde mental

reformados é a atenção à urgência psiquiátrica, quando por ocasião de sua crise, o paciente apresenta comportamento conflituoso.

Por ‘conflito’ entenda-se todo o comportamento do usuário que pode causar danos: violência; suicídio e atos de automutilação; uso de álcool ou drogas e fuga. Pode incluir o não cumprimento de regras básicas, como recusa de cuidados e tratamentos, fumar em áreas proibidas, entre outros. Já a ‘contenção’ trata dos métodos que a equipe usa para gerenciar tais dificuldades: medicamentos adicionais; aumento da vigilância ou observação dos usuários e por fim, a contenção física e/ou mecânica do usuário (BOWERS, 2014b).

O comportamento conflituoso durante a crise, atribuído ou manifestado pelo paciente psiquiátrico, se coloca como uma barreira à implantação da rede de atenção em saúde mental. Em muitas ocasiões, apesar dos serviços terem como referência os pressupostos progressistas do movimento de reforma psiquiátrica, diante do comportamento conflituoso do paciente um aparato de tecnologias assistenciais arcaicas advindas do modelo manicomial são mobilizadas para a contenção do comportamento.

O comportamento violento no contexto da crise em saúde mental não é raro, o que colabora para a sociedade ter uma visão estereotipada e preconceituosa da loucura, pautada na agressividade, imprevisibilidade, periculosidade e a falta de razão, indomável do sujeito adoecido. Nesse sentido, é justificado o seu encarceramento e a violação de seus direitos fundamentais.

É preciso compreender a motivação da agressividade, pois nem sempre tais comportamentos são infundados, mas sim uma forma de manifestar a angústia, insegurança, perplexidade, medo e insatisfação. A apresentação do comportamento violento na crise é singular, influenciada pelo histórico de vida do paciente até aquele momento. Muitos diagnósticos semelhantes têm manifestações de episódios de agressividade diferentes. Independentemente de como a agressividade se apresenta, é preciso compreendê-la como um sintoma, e como tal, ela demanda de cuidado, necessitando de atenção e abordagem adequada (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Conflito e contenção se retroalimentam e uma abordagem pautada em habilidades verbais e não verbais, interação entre pacientes e equipe com laço terapêutico mais consistente tem influência no uso da restrição como último recurso. Estudos apontaram que as interações prévias entre pacientes e equipe foram antecedentes em cerca de 40% dos casos de violência e agressividade (ASIKAINEN *et al.*, 2020).

O uso do desescalamento verbal no atendimento à crise é uma abordagem breve que objetiva deter a progressão da situação de risco, não sendo a realização de uma terapia mais profunda seu objetivo. Ele exige uma abordagem originada de uma avaliação humanizada e singular, exigindo do profissional as habilidades para a rápida tomada de decisão na avaliação da cena, no apoio ao usuário e na demonstração de interesse. Faz-se o uso de escuta reflexiva à medida que se organiza para o sujeito os eventos em sequência lógica. Por meio de uma aproximação tranquila busca-se conscientizá-lo pela postura e pela fala do desejo sincero de auxiliá-lo (MAFTUM; STEFANELLI, 2000).

Kondo *et al.* (2011) explicaram que a continência verbal deve ser a primeira escolha ao se abordar um paciente com comportamento conflituoso. A empatia deve permear todo o planejamento e avaliação da intervenção. Deve-se adotar uma postura objetiva, não ameaçadora, pautada na honestidade, na calma, buscando o controle da situação. Nesse contexto de aceitação e tolerância, o sujeito em sofrimento tende a sentir segurança, contribuindo para os desfechos futuros favoráveis.

Objetiva-se conduzir o paciente à melhor aceitação e à adesão ao tratamento. Alguns estudos sugerem que esta primeira abordagem tem significativa influência na resposta da pessoa à equipe, na aceitação das recomendações feitas, e na fidelidade ao tratamento, mesmo após longos períodos (SILVEIRA; REINALDO, 2016).

Mesmo ancorado em evidências teóricas, a atuação do profissional diante da crise com comportamento conflituoso ainda é um desafio. A intervenção violenta diante da crise surgiu no e para o hospício. Seu alicerce teórico era a ‘tecnologia pineliana’, que ainda hoje se faz presente no paradigma da coerção, e no entendimento coletivo de que o tratamento para o conflito é a coerção.

Soma-se a tal paradigma de atuação, as reações subjetivas de cada profissional, influenciadas pela sua história de vida, suas características de personalidade, valores morais e éticos, medidas de juízo e valores. Tais características podem levar os profissionais, diante do comportamento agressivo, demonstrarem os diversos sentimentos: medo, ansiedade, exaustão, expectativa, ressentimento e distanciamento. Subjetividades que impactam no cuidado prestado aos pacientes, determinando atitudes diversas, que vão do autoritarismo, à excessiva benevolência (MONTEIRO; SOUSA, 2004; TAVARES; PEDRÃO, 2003).

Jardim e Dimenstein (2008) em um estudo que avaliou os conceitos de equipes do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) sobre a urgência psiquiátrica, concluíram que existe uma associação automática entre crise e agressividade. A crença de um iminente risco à integridade

do profissional, leva o mesmo a se manter, hora na defensiva, posição que rapidamente evolui para o ataque, hora temeroso, posição que evolui para a omissão. Ambas normalmente determinam o uso da contenção física.

Aponta-se a necessidade de ressignificar o conflito enquanto expressão de um incômodo que pode ter origens diversas, e que cabe ao profissional o manejo da situação com alto nível de assertividade, em especial na escolha da melhor tecnologia do cuidado para aquele momento. Nesse sentido, é imperativo que nos serviços de saúde mental estejam presentes os profissionais capacitados, especializados e que a educação permanente se faça presente no serviço. O saber fazer deve estar pautado em evidências científicas que colaborem para o bem-estar, segurança, e a preservação da integridade do paciente em primeiro lugar, culminando com um atendimento qualificado e seguro por parte do trabalhador do cuidado.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realização da pesquisa, foi utilizada a abordagem qualitativa. Os estudos qualitativos buscam analisar o significado que as pessoas atribuem às suas experiências no mundo social, a maneira como compreendem esse mundo, buscando interpretar os fenômenos sociais, como interações, comportamentos, experiências, opinião de valor, sentimentos, conhecimentos, experiências sensoriais, detalhes demográficos ou de formação (POPE; MAYS, 2009).

Na busca pelas vivências dos profissionais envolvidos no contexto da crise psiquiátrica com a presença de comportamento ameaçador e violento, optou-se por um estudo de abordagem fenomenológica. Partiu-se do pressuposto de que na fenomenologia, qualquer fenômeno pode ser investigado, apenas com a condição de ter sido vivenciado pelo sujeito por sujeito e anunciado ao pesquisador (BRANCO, 2014).

Na busca por compreender a vivência dos profissionais de saúde diante do comportamento conflituoso recorreu-se ao método fenomenológico segundo Giorgi e Sousa (2010).

3.1 A FENOMENOLOGIA

O final do século XIX marca o auge da epistemologia positivista e objetivista. O método experimental era tido como a única forma de uma investigação científica possível de se atingir a verdade e, portanto, ser considerada como Ciência. Em resposta ao paradigma dominante, as ciências sociais e humanas também deveriam tornar mensuráveis os vários aspectos da subjetividade humana, eliminando suas dimensões históricas e conceituais (GIORGI; SOUSA, 2010).

A Fenomenologia surgiu como um movimento filosófico a partir da obra de Edmund Husserl, causando impacto não só na Filosofia, mas na forma como o homem enxergava a si e a seu mundo. Nasceu em oposição ao pensamento positivista. Trata-se de “uma filosofia, cuja primeira tarefa consistia na descrição das estruturas da experiência, tal como surgiram a consciência intencional dos sujeitos”. Resumidamente Husserl define-se a Fenomenologia como uma descrição do que é dado à consciência, por meio de um exercício intelectual específico chamado método fenomenológico. Tem por objetivo dois grandes projetos: criar base para a Fenomenologia transcendental, um princípio filosófico que determinasse um

paradigma científico, uma filosofia primeira; e estabelecer um método direcionado aos estudos dos processos mentais, a Fenomenologia Psicológica (GIORGI; SOUSA, 2010, p. 37).

A Psicologia carecia de um método capaz de analisar a intencionalidade completa dos atos de consciência, passando a ser este o princípio fundamental para se compreender o objeto de estudo da Psicologia Fenomenológica, a intencionalidade. O intencional nesse contexto, não tem relação com voluntário, mas o fato da consciência se dirigir a um objeto. Intencionalidade significa que a consciência é sempre consciência de algo, visa sempre o objeto. Mesmo o objeto de estudo ainda sendo a consciência humana, Husserl concluiu que o fenômeno psíquico não é somente mental, está projetado para fora de si (GIORGI; SOUSA, 2010).

A análise fenomenológica se destina a estudar, simultaneamente, o objeto intencional e a subjetividade do ato de consciência que se dirige a este mesmo objeto. Dois termos gregos são utilizados por Husserl para nomeá-los. O ato de consciência intencional (a recordação, juízo, imaginação) é a *noesis*, passando a se designar em atos noéticos. O objeto intencional (visado intencionalmente, ajuizado, imaginado) é o *noema*, agora então objetos noemáticos. Para se ter acesso ao *noema* é preciso diferenciar o objeto visado, observável, do objeto tal como é visado, não observável, o que impossibilita a ciência natural de acessar o núcleo noemático. O objetivo da análise psicológica fenomenológica é sintetizar o objeto noemático (GIORGI; SOUSA, 2010).

O fenômeno não é o objeto de uma experiência, mas o parecer do objeto. Tem origem na palavra grega *phainomenon*, que por sua vez deriva do grego *phainesthai* entendido como o que se manifesta, se mostra, aparece. Nesse sentido, a fenomenologia é compreendida como estudos das diversas formas de apresentação do fenômeno, ou o discurso que mostra o sentido do fenômeno vivenciado. Fenômeno para a fenomenologia é entendido como aquilo que é aparente para quem tem legítima intenção de olhar (BICUDO, 1994; HENRIQUES, 2014).

Na busca pela compreensão da consciência intencional e o fenômeno tal como ele se dá, Husserl propôs em um primeiro momento a Redução fenomenológica/*Epoché*, ou seja, a suspensão da atitude natural e dos conhecimentos prévios, com a centralidade do pensamento no objeto intencional. A função da *Epoché* é eliminar a atitude natural, fazendo com que o mundo natural seja visto como um dado puro da consciência, um fenômeno (GIORGI; SOUSA, 2010).

Segue-se a análise eidética, nas buscas pelas essências, estruturas invariantes do objeto de estudo, que agora compreendido pode ser descrito e generalizado. O foco do método fenomenológico é a redução de todo dado empírico a sua essência, seu *Eidos*. A redução eidética

consiste em produzir as variações no objeto individual até que se encontrem aquilo que é invariável nele. Tal manipulação é feita na imaginação, na fantasia por meio da variação livre imaginativa que se sobrepõem à percepção, sendo o elemento fundamental do método (GIORGI; SOUSA, 2010).

Mesmo delimitando um método adequado aos estudos dos processos mentais, a Fenomenologia Husserliana não descreveu um método que pudesse ser aplicado à Psicologia, com o objetivo de estudar o sentido da consciência humana. Uma investigação no âmbito psicológico e não filosófico, necessitava de um método sistemático para a investigação em Psicologia Fenomenológica (BRANCO, 2014).

A mudança de um método filosófico que buscava demonstrar a subjetividade do pensador, para um método empírico de pesquisa constituiu um problema. Tal questão encontrou amparo nos trabalhos de Giorgi que delimitou as etapas de um método fenomenológico empírico, com rigor para analisar a experiência consciente (BRANCO, 2014).

A principal diferença no método descrito por Giorgi é que o investigador inicia suas descrições a partir da experiência de outros. O senso comum é o contexto do qual são obtidas descrições de experiências vividas por sujeitos, que serão os dados da investigação fenomenológica. Descrições o mais específicas possíveis, não somente contendo as racionalizações desse sujeito, mas também sua subjetividade (GIORGI; SOUSA, 2010).

Ao entender a entrevista como um espaço dialético, onde deve existir a inter-relação entre o pesquisador e o entrevistado, buscou-se uma descrição objetiva e rica em detalhes das vivências, que por meio do discurso apresenta uma experiência única. Considera-se que quem melhor compreende o fenômeno é quem o vivencia ou já o vivenciou. Cabe ao pesquisador apenas tomar conhecimento do fato (BICUDO, 2011; BRANCO, 2014).

O método se inicia com a suspensão psicológica/fenomenológica, tendo o entendimento que a descrição é o fenômeno, tal como foi experienciado. De posse de tal transcrição promove-se uma leitura exaustiva do documento na busca por um sentido geral. Faz-se então uma divisão em unidades de significado, observando a transição de sentido para a delimitação das partes. Um traço vertical determina o fim de uma parte e início da outra. Tal divisão irá permitir uma análise mais profunda (GIORGI; SOUSA, 2010).

A terceira parte do método consiste na transformação das unidades de significado em expressões de caráter psicológico. A se fazer o uso da redução fenomenológica/psicológica e da análise eidética, reconstitui-se a linguagem de senso comum em expressões que clarificam

o significado psicológico dado pelos sujeitos. O objetivo é trazer à luz os significados psicológicos que estão implícitos na descrição (GIORGI; SOUSA, 2010).

Nessa terceira etapa, buscou-se após transcritas as falas colhidas, após a nova suspensão fenomenológica dos conhecimentos prévios sobre o fenômeno investigado, descrever e sintetizar o que é percebido pelo pesquisador. Com a interrogação em mente se retira do relato o que se encaminha na direção de um esclarecimento. Escrito na linguagem do pesquisador da maneira mais clara possível, deixando explícito o que foi falado. Nesse momento, é preciso fugir de descrições meramente pragmáticas que não levam à estrutura do fenômeno investigado, ela deve ser uma interpretação hermenêutica na busca por sentido e significado (BICUDO, 2011; BRANCO, 2014).

Por fim chega-se à Determinação da Estrutura Geral de Significados Psicológicos que sintetiza os sentidos mais invariantes também chamados de constituintes essenciais da experiência, presente nas unidades de significados de diferentes sujeitos, e a relação entre essas unidades. Também é apresentado o conjunto de variações contidas em cada constituinte essencial (GIORGI; SOUSA, 2010).

Encerra-se então a suspensão fenomenológica, formulando-se categorias temáticas. Fica evidente a intenção e o direcionamento do pesquisador sobre o fenômeno. Elaborou-se uma discussão fundamentada na área de conhecimento da pesquisa, teorizando o que foi encontrado em relação à vivência estudada. Por fim, é realizado um diálogo com outros autores em relação ao tema (HENRIQUES, 2014).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Minas Gerais é atualmente um dos estados que melhor se adaptou à realidade de uma Psiquiatria municipalizada e antimanicomial. Mesmo antes da publicação da Lei nº 10.216, ainda na década de 90, CAPS foram abertos em regiões da capital e do interior, tendo o estado hoje uma das redes de atenção em saúde mental mais bem estruturada do país.

Em 2022 a capital tinha cerca de 2,7 milhões de habitantes, são ao todo 16 serviços 24 horas, divididos em oito CAPS tipo III - CAPS III, destinados ao atendimento da população adulta acometida por transtornos mentais primários; cinco Centros de Atenção psicossocial álcool e drogas (CAPSad) voltado ao atendimento da população com transtornos relacionados ao uso de drogas e três Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) voltado para as

crianças e os adolescentes acometidos por ambos os transtornos. (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2018).

O cenário deste estudo é um dos CAPS tipo III da capital. O serviço que é referência para uma população de cerca de 300 mil habitantes, tem funcionamento durante 24 horas, sendo aberto ao acolhimento da população das 7h às 19h, estando o plantão noturno destinado apenas à pernoite de pacientes que necessitem permanecer no serviço.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Giorgi e Sousa (2014) explicaram que os participantes devem ser selecionados entre os indivíduos com capacidade de produzir sobre o tema investigado, uma vez que o foco do estudo é a descrição e a compreensão da experiência humana, e não os indivíduos e os grupos. A escolha deliberada dos participantes é aceita, sendo mais importante que o número de participantes é a forma como os dados são coletados e a variedade de descrições que esses indivíduos possam produzir.

Trata-se de seleção intencional, sendo critério de inclusão para os profissionais foi ter atuado na abordagem dos pacientes em crise com a manifestação de comportamento conflituoso. Quanto aos critérios de exclusão considerou-se a recusa em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2022. Foram entrevistados 12 profissionais, sendo nove mulheres e três homens, com idades entre 27 e 54 anos.

3.4 COLETA DE DADOS

A entrevista fenomenológica é um espaço inter relacional, dialético, de conversação, não sendo somente a aplicação de um instrumento diferenciado de coleta de dados, mas sim a materialização de uma diferente concepção sobre a forma de se produzir o conhecimento sobre a vivência humana. Seu principal objetivo é a busca pela descrição de uma experiência vivida pelo sujeito, sendo esse o dado principal da investigação fenomenológica (GIORGI; SOUSA, 2010).

As entrevistas foram realizadas no próprio serviço por um único entrevistador de acordo com a disponibilidade dos profissionais que se encontravam de plantão. As falas foram gravadas, com tempo médio de 15 minutos, e transcritas posteriormente para análise. Para

coleta de dados, foi utilizado o instrumento de coleta de dados contendo formulário de identificação dos profissionais de saúde com o objetivo de caracterizar os sujeitos da pesquisa, e compreender o lugar de fala da pessoa que vivenciou o fenômeno, com as seguintes informações: nome, idade, categoria profissional, tempo de formação, informações sobre a capacitação e a formação na área da saúde mental, e o tempo de trabalho na Psiquiatria. E roteiro de entrevista sobre o tema (APÊNDICE B).

Os participantes foram identificados pela letra ‘P’ indicando sua participação, seguido de um número de acordo com a ordem em que a entrevista foi realizada. Os nomes de serviços citados durante as falas, usuários e outros trabalhadores foram suprimidos no momento da edição das transcrições para a produção do texto final. Resguarda-se, assim, a identidade dos profissionais, usuários e a identificação de outros serviços que não fizeram parte do cenário da pesquisa. Os trechos das entrevistas apresentados para a análise foram editados em relação aos vícios e regionalismo da linguagem.

Ao final da dissertação, encontram-se disponíveis as transcrições na íntegra e em itálico, sem edição.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi solicitado a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMS/PBH) por meio da Coordenação Municipal de Saúde Mental (ANEXO A), bem como aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO B) e do Conselho de Ética em Pesquisa da SMS/PBH (ANEXO C). Edson, acho que esse trecho pode ser colocado em um subtópico. Exemplo: 3.5 – Aspectos Éticos Colocar o trecho acima e o número da autorização de Comitê de Ética. Foi solicitado aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados se dá por meio das diretrizes estabelecidas no Método Fenomenológico de Amedeo Giorgi (GIORGI; SOUZA, 2010) em seus dois constituintes principais. Em um primeiro momento é apresentada a estrutura geral de significados psicológicos, uma síntese das essências comuns às experiências subjetivas de cada participante, relativas ao tema de estudo. O segundo trata-se dos constituintes essenciais, compostos pelos sentidos invariantes das experiências, acompanhados de suas apresentações subjetivas chamadas de variações empíricas.

Portanto, os dados apresentados como resultados do estudo tratam de uma síntese dos significados psicológicos sobre o fenômeno vivenciado por esses profissionais, e não um relato individual da experiência de cada um. Por fim, são apresentadas as falas dos entrevistados divididas em unidades de significados, considerando a transformação dessas em expressões. (APÊNDICE C).

Quanto à caracterização dos participantes em relação à formação: 11 trabalhadores eram técnicos de Enfermagem e uma era Psicóloga. Sete trabalhadores desempenhavam suas atividades no plantão diurno e cinco no noturno. O tempo de formação dos participantes foi entre três e 31 anos. O tempo de atuação na área de saúde mental/psiquiatria foi entre seis meses e 18 anos. Nenhum dos profissionais relatou formação específica em saúde mental, o que se apresenta como um dado importante para compreender os resultados da pesquisa. Acho que essa caracterização já deve ser apresentada no início do tópico.

4.1 ESTRUTURA GERAL DE SIGNIFICADO PSICOLÓGICOS

A experiência de atuar no manejo de um paciente com comportamento conflituoso é um evento psicologicamente impactante. Trata-se de uma situação comum no serviço, facilmente vêm à lembrança de um ou mais momentos, com rica descrição, pois as situações tem impactos significativos na vida dos profissionais. Os pacientes são lembrados pelo nome, da forma como chegaram ao serviço, com menção ao diagnóstico psiquiátrico ou a sua condição sintomática naquele momento. Os eventos são descritos de forma detalhada com foco na sintomatologia aguda, exuberância dos comportamentos, atos disfuncionais praticados e movimentos agressivos, além de suas consequências e danos. Em sua maioria, os relatos tratam de pacientes jovens e do sexo masculino.

Um segundo constituinte essencial se refere à compreensão psicológica ou julgamento moral dos comportamentos perturbadores dos usuários, demonstrada pelos profissionais. Na busca pela compreensão psicológica do comportamento, o uso de entorpecentes, a descompensação do quadro psiquiátrico, o abandono de tratamento ou a crença de não necessitar desse, foram expressas como as principais causas. A essas sensações as incorporados a situações de desamparo, conflitos familiares, angústia e dificuldade em lidar com acontecimentos da vida, bem como o componente coercivo e involuntário do tratamento.

Em relação a uma compreensão moral desse comportamento, foram expressos entendimentos que podem ter origem na mera frustração diante de um pedido negado, na cultura e na personalidade dos pacientes que seriam por essência violentas e na certeza de impunidade. Nesse contexto, emerge a menção da necessidade de existirem consequências decorrentes desse comportamento.

Outro componente essencial que emerge se relaciona à percepção das fragilidades do serviço. São apontadas as fragilidades relacionadas ao ambiente físico, ao excesso de demanda e à equipe de funcionários. O ambiente físico é descrito como pequeno, com portas e acessos estreitos para comportar a passagem de uma equipe completa no momento da contenção. Os objetos e mobiliário estão soltos e próximos e são arremessados pelos pacientes. É constatado que o serviço está sempre lotado. Fato que gera conflito entre os pacientes e destes, com a equipe por meio do contágio ou da discórdia. No primeiro, um paciente copia o comportamento disruptivo de outro, enquanto no segundo a origem do conflito ocorre por ser imposto a um paciente conviver com o comportamento de outro paciente, que lhe gera ansiedade e irritação.

A excessiva demanda impacta na dificuldade dos profissionais diretamente responsáveis pelo atendimento e na definição da abordagem e condutas durante a crise. Em relação à equipe de funcionários é destacada a fragilidade física, além da deficiência no domínio técnico e habilidades interpessoais para responder as situações de urgência.. A insegurança, a fragilidade na postura e na empatia por parte de alguns profissionais, além do descaso com a necessidade dos pacientes são apontados como fatores dificultadores.

Em relação aos níveis de ansiedade e frustração da equipe, ou outras respostas emocionais ao comportamento do usuário, o medo foi o sentimento destacado. O compadecimento pela condição do paciente, e o ímpeto por agir também está presente diante do paciente em crise. Os sentimentos de furor e irritação diante de uma agressão foram citados como inerentes à condição humana. Após os episódios com desfecho trágico, sentimentos de angústia, cansaço, tristeza, injustiça, inferioridade e impotência também foram citados.

O quinto componente essencial identificado trata da crença de qual o melhor manejo do comportamento conflituoso. Existem condutas preventivas ao comportamento conflituoso por meio da construção de um vínculo anterior. A busca por uma interação, a escuta empática, a demonstração de afeto, além da preocupação e disposição para atender a demanda do paciente contribuem para a construção desse relacionamento. Diante do comportamento disruptivo a abordagem verbal é a principal forma de manejo, antecedendo ou prevenindo a contenção. Esta é definida como uma interação baseada no uso do diálogo e da empatia, buscando compreender as razões do comportamento, suas crenças e motivações.

As angústias do paciente foram acolhidas, na busca pela aceitação de uma medicação, de um atendimento, ou mesmo de uma contenção sem resistência. A abordagem deve ser, preferencialmente, realizada por profissional que tenha referência com o paciente, sendo afastado da cena aquele que porventura possa ser o alvo de sua hostilidade. Alguns profissionais têm por conduta deixar a cena diante do insucesso dessa primeira abordagem. É esclarecido que a passagem imediata ao ato agressivo inviabiliza a abordagem verbal, sendo nesses casos a contenção a primeira conduta. Apesar do manejo verbal ser priorizado em relação às condutas mais coercivas, estas ainda são necessárias e ordem pode ser modificada de acordo com a urgência do caso.

A contenção física e medicamentosa foi descrita como um procedimento rotineiro diante da persistência do comportamento agressivo após a abordagem verbal. É definida como um procedimento que exige disposição, preparo, e sincronia por parte da equipe, embora tenha sido citado que no serviço, não existe uniformidade na abordagem entre os diferentes profissionais.

Por fim, diante de dificuldades da equipe no manejo do conflito, seja por meio da abordagem verbal ou na execução da contenção física/mecânica, o acionamento de profissionais externos, tais como, a retaguarda psiquiátrica, a Guarda Municipal e a polícia é uma prática comum e aceitável.

Com relação à autopercepção da capacidade profissional relativos ao domínio técnico, seu processo de aprendizagem e nível de segurança, os profissionais avaliam positivamente sua capacidade de manejo da crise, atestando tal avaliação por meio do relato de abordagens e conquistas que consideram bem-sucedidas. Se definem como indivíduos que aprenderam muito sobre o manejo do comportamento conflituoso, mas que ainda tem muito a aprender.

A principal fonte de conhecimento é a observação da forma como os colegas atuam, além das experiências acumuladas. Os níveis de segurança para atuar em tais abordagens são diversos. Os profissionais que se descreveram como seguros diante de um paciente em crise

têm no tempo de serviço, na vivência de experiências bem-sucedidas, na confiança em relação à equipe e na apreciação positiva do paciente psiquiátrico suas principais fontes de sustentação. Enquanto os que se descreveram mais inseguros, tem no medo demonstrado, no histórico anterior de participação em abordagens mal-sucedidas e agressões, além de pouca confiança em relação aos colegas, as razões para tais incertezas.

4.2 CONSTITUINTES ESSENCIAIS E VARIAÇÕES EMPÍRICAS

Os constituintes essenciais demonstram os significados invariantes identificados após a análise das entrevistas realizadas com os 12 profissionais participantes. . Demonstram a essência da vivência do profissional, ao atuar no atendimento de um paciente com comportamento conflituoso.

Foram identificados seis constituintes essenciais da estrutura geral de significado : (1) a experiência com um evento psicologicamente impactante; (2) à compreensão psicológica ou julgamento moral dos comportamentos; (3) a percepção das fragilidades do serviço; (4) ansiedade e frustração e outras respostas emocionais; (5) crença de qual o melhor manejo; e (6) autopercepção da capacidade profissional.

Segue a apresentação da análise dos constituintes essenciais com citação das variações empíricas presente nos discursos dos profissionais. Por fim, é demonstrado uma síntese desses constituintes essenciais e suas respectivas variações.

4.2.1 A experiência como um evento psicologicamente impactante

4.2.1.1 *Evento comum no serviço e lembrança de casos singulares*

Atuar na abordagem ao paciente com comportamento conflituoso, se mostra um evento psicologicamente impactante. E como tal, sua descrição trata do que mais significativo ficou da experiência. Um primeiro aspecto comum a todos os profissionais é mencionar que se trata de um acontecimento comum no serviço. A citação do nome, do diagnóstico, dos sintomas, das características físicas dos pacientes, entre outros, remete à singularidade à experiência.

O profissional P1, identifica que das várias experiências na abordagem aos pacientes com o comportamento agressivo, a que mais lhe marcou foi diante de um quadro desencadeado pelo uso de entorpecentes.

“Já vi várias vezes pacientes com comportamento agressivo. A mais marcante, foi com um paciente que chegou alterado por que tinha passado a noite usando entorpecentes.” (P1)

O profissional P2 afirmou que são inúmeras as abordagens aos pacientes com o comportamento conflituoso, fato que atribui a quantidade de pacientes. Citou um paciente em especial, que com frequência degrada o serviço e agride os colegas.

“Aqui no (nome do serviço) tem várias abordagens, devido a quantidade de pacientes. Uma delas, tem um paciente que constantemente ele vem muito agressivo, quebra o serviço, às vezes tenta agredir os pacientes.” (P2)

Ao ser questionado se tinha a lembrança de um episódio específico, P2 citou, nominalmente, um paciente

“Sim, (nome do paciente)! Muito transtornado, muito nervoso, jogando lixeira para o ar.” (P2)

Novamente, o profissional P2 citou o paciente pelo nome e descreveu outra situação, segundo ele, ainda mais difícil pelo fato de o paciente ter uma compleição física robusta, e chegar intoxicado pelo uso de entorpecentes ao serviço.

“[...] o paciente (nome do paciente) quebrou a portaria do serviço. É [...] essa foi até mais pesada. O paciente vinha sempre transtornado ao serviço em uso grande de entorpecente, cocaína [...].” (P2)

Questionada se recorda de um caso específico, P3 citou uma paciente pelo nome. Esclareceu que essa paciente tem um quadro de agressividade física em momentos pontuais, durante todo dia.

“[...] dona (nome da paciente) que está aí. Ela apresenta esse quadro, de bater na gente, de agredir, momentos de [...] uns picos, que ela dá sempre durante a tarde, de manhã [...].” (P3)

O profissional P4 lembrou que já atuou em várias abordagens aos pacientes com o comportamento conflituoso, optou por relatar uma em especial, que lhe marcou. Enfatizou que o paciente em questão não tinha indicação para estar no serviço no dia, que apenas acompanhava uma outra usuária que a identificava como sua namorada. O profissional apontou que a hostilidade do paciente se originou do desejo de ficar no serviço.

“Então eu vou falar de uma que eu acho que me marcou das várias vivenciadas aqui. Que foi com um paciente que ele não estava indicado para estar aqui no dia, foi um final de semana ele não estava indicado para permanência dia.” (P4)

Ao ser questionado sobre já ter atuado na abordagem ao paciente com o comportamento conflituoso, o profissional P5 enfatizou que já atuou em várias, mas que citaria uma em específico. Explicou que o paciente se encontrava impaciente com o fato de já estar há muito tempo no serviço.

“Bom é [...] vou falar de uma específica porque são várias, sempre acontece. Um paciente estava “bem estressado”, vamos dizer, de ficar aqui muito tempo. E [...] aí ele sinalizou um pouco no início do plantão que não estava bem.” (P5)

Ao ser questionada se já atuou em situações nas quais o paciente exibia o comportamento conflituoso, a profissional P6 enfatizou que foram várias, e explicou se tratar de momentos que se tornaram insuportáveis para o paciente, levando-o à agressividade direcionada aos profissionais. Ao descrever uma situação específica se referiu a um paciente pelo nome. Explicou que o paciente estava no serviço há muito tempo. Tratava-se de um quadro grave e com as questões sociais associadas, e que o próprio serviço lhe fazia mal, em relação à avaliação do profissional.

“[...] já atuei em várias situações em que o paciente está em crise, que chega ao ponto de agressividade [...], um caso que eu me lembro é do paciente que já está aqui há tempo e [...] é um problema. Ele é um paciente grave e tem a questão social, ele não aceita ficar aqui por muito tempo e o próprio serviço causa mal a ele.” (P6)

A profissional P7 disse já ter atuado em situações com pacientes com o comportamento conflituoso. Ao recordar de uma situação específica, identificou a paciente por seu comportamento suicida, não recordando seu nome. Descreveu a situação como uma crise aguda, com tentativa de evasão.

“[...] é [...] chegou uma paciente de autoextermínio. Ela surtou do nada no pátio e queria evadir [...].” (P7)

A profissional P8 citou que são diversas as situações. Lembrou-se do nome dos pacientes, seguido de uma breve explicação sobre o quadro psiquiátrico que motivou a agressividade.

“Aconteceu uma vez com, há uns dois anos atrás, com o (nome do paciente), por eu ter o mesmo nome da mãe dele, ele tem uma coisa assim, um vínculo forte comigo, de às vezes amizade, às vezes agressividade.” (P8)

“E tem vários outros pacientes que você vai manejando. Igual tem a paciente (nome da paciente), que ela é totalmente ‘cabulosa’ comigo, porque ela é muito difícil de tomar medicação, e quando ela abandona o tratamento ele chega aqui ruim! Louca mesmo [...].” (P8)

“Já teve paciente aqui de eu ir medicar, a gente não conhecer direito, igual caso do (nome do paciente), se eu não me engano, foi o (nome do paciente) não, eu esqueci o nome dele [...].” (P8)

“Ocorreu uma situação muito grave há uns seis anos atrás com paciente (nome do paciente) aqui, que foi uma agitação assim terrível mesmo de abalar a equipe toda psicologicamente.” (P8)

Ao enfatizar que já teve inúmeras experiências, a profissional P9 afirmou já ter atuado na abordagem aos pacientes com o comportamento conflituoso. Ao relatar uma vivência específica, citou nominalmente o caso de um paciente. Caracterizou o paciente como um indivíduo que naturalmente ofende e ameaça outros pacientes e a equipe.

“Tenho várias experiências né, eu acho assim, (nome do paciente) eu tenho medo [...], tem o (nome do paciente), que é o que me marcou também, que foi na minha volta. (nome do paciente) ficava a tarde inteira xingando todo mundo, hostilizando, ameaçando os funcionários, os pacientes, todos.” (P9)

O profissional P10 se lembrou facilmente de vários episódios os quais atuou na abordagem aos pacientes com o comportamento conflituoso. Lembrou-se da maioria pelo nome, citou o bairro onde morava, diagnóstico, sintomas psiquiátricos na ocasião, entre outras informações.

“Eu me lembro do paciente [...] fugiu o nome dele agora, é [...] aqui da região, morador da (nome da região), foi paciente inclusive da (nome da profissional), com transtorno bipolar[...].” (P10)

“Outra situação, que eu posso descrever que foi um pouco mais difícil, foi do (nome do paciente), é [...] paciente do (nome do profissional). Dessa vez não teve muita conversa. Ele evadiu da unidade, foi muito agressivo [...].” (P10)

“Um outro paciente também, paciente de nome (nome do paciente), também morador da (região onde o paciente reside). Ele sempre foi muito persecutório com nosso serviço, então nas crises dele as

contenções dele, ele era muito agressivo. Mordia, se jogava no chão, dificultava para levantar-se [...].” (P10)

“Outro episódio também que eu achei bastante agressivo, foi com um paciente [...], esse foi mais recente aqui no [...]. Ele vem com a mãe, lá do bairro dele e ele é bastante agitado, até visivelmente delirante.” (P10)

Ao afirmar que já atuou na abordagem aos pacientes com o comportamento conflituoso, a profissional P11 ressaltou que é um acontecimento diário no serviço.

“Isso a gente, praticamente, tem isso aqui todos os dias. É [...] esse caso da (nome da paciente) mexeu muito comigo [...].” (P11)

A profissional P12 confirmou que já atuou em diversas abordagens aos pacientes com o comportamento conflituoso. Ao narrar um episódio específico citou o nome de um paciente. Afirmou terem sido vários os episódios com este mesmo paciente, e que se sentiu intimidada pelo mesmo, e citou a exuberância de seu comportamento.

“Vários, mas assim, que eu tive mais medo, tem que falar o nome? Um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (nome do paciente). Com várias contenções [...] geralmente ele chegava exaltado, chutando as portas, agressivo.” (P12)

4.2.1.2 Descrição das cenas de conflito com riqueza de detalhes

Nas falas dos profissionais a descrição pormenorizada dos atos agressivos recriou a cena do conflito e demonstrou o impacto emocional dessa vivência. A descrição dos atos e falas, hostis e ameaçadoras, dos comportamentos disfuncionais emergiram em diversos relatos.

A profissional P1 declarou que atendeu a demanda do paciente, porém, ele não se deu por satisfeito com a vestimenta que lhe foi fornecida, passando, então, a destruir os objetos dentro da sala. Relatou que tentou deixar o ambiente, porém, foi agarrada pelo pescoço. Na

tentativa de se defender também segurou o paciente pelo pescoço. Diante de tal ameaça o paciente evadiu do serviço, retornando armado com duas facas com o objetivo de agredi-la.

“Aí depois ele implicou com a roupa de enxugar, e ele começou a bater nos móveis da sala de medicação [...], eu tentei sair da sala de medicação e o paciente me empurrou em cima das bombas de oxigênio [...], nisso, eu levantei, tentei sair de novo até que ele me pegou pela traqueia e começou a apertar. Nisso, eu tinha que me defender, aí eu o peguei de modo a me defender também [...]. Ele voltou com duas facas e quis entrar no serviço, e falou que era para mim.” (P1)

O profissional P2 descreveu uma situação na qual o paciente em função de acreditar que estavam falando dele passou a agredir um colega. Ressaltou a gravidade da situação em função do paciente comprimir as vias aéreas de outro paciente. Falou da mobilização de vários profissionais, diante do risco para o paciente que não mais conseguia respirar. Na urgência a contenção foi feita antes mesmo de se levar o paciente ao leito.

“Muito transtornado, muito nervoso, jogando lixeira para o ar, logo em seguida ele cismou que os pacientes estavam falando dele e foi para cima do paciente para agredir o paciente. Foi até um pouco complicado, porque ele pegou o paciente pelo pescoço, e foi uma coisa muito louca, vários profissionais em cima para tentar conter, fazer com que ele soltasse o paciente. O paciente não estava nem conseguindo respirar direito, foi uma contenção que foi feita no chão mesmo e levamos o paciente contido para o leito.” (P2)

O profissional P2 descreveu outra situação complicada em função do paciente ser muito forte fisicamente, com um histórico de chegar intoxicado recorrentemente pelo uso de entorpecentes. Citou que o paciente chegou promovendo quebraadeiras e ameaçando os funcionários. Ressaltou que a situação foi agravada por outras duas contenções que ocorreram simultaneamente à primeira.

“Ele entrou quebrando o serviço, jogando tudo, ameaçando funcionários. O paciente é muito forte, [...] nesse dia da contenção dele aconteceram três contenções seguidas, na mesma hora na verdade. Ele em um certo local e outros pacientes em outro local [...], o paciente agrediu os funcionários, os funcionários saíram machucados. E, teve funcionário que teve que ir embora mais cedo por ter sido machucado [...], contivemos o paciente no chão mesmo, foi uma contenção até mais grosseira, e mais pesada, vários profissionais em cima dele, ele chutando e lutando contra a equipe que estava presente, e tivemos que levar o paciente já contido para o leito”. (P2)

Ao ser contrariado em um pedido de permanecer no serviço, a profissional P4 relatou que o paciente iniciou uma crescente de comportamento, direcionando sua hostilidade primeiramente ao ambiente físico do serviço. Descreveu a tentativa frustrada de contenção do paciente que levou a lesão de um dos técnicos de Enfermagem após uma queda. Após a fala da necessidade de atuação do porteiro, que também foi agredido pelo paciente. Colocou que após a tentativa, o paciente foi para o pátio, onde seguiu arremessando objetos e direcionando ameaças à equipe.

“[...] ele fica hostil, com demanda de ficar na unidade [...]. Ele chegou a derrubar o técnico, o técnico até se machucou, depois a gente fez o encaminhamento dele para a UPA. O porteiro entrou no meio da contenção. Esse usuário chega a segurar o pescoço do porteiro, foi uma cena bem difícil para a gente [...], foi uma contenção muito difícil de fazer. Teve que entrar todo mundo. Para tentar segurar. Mesmo com muita força, não tivemos sucesso. Porque na verdade não foi uma contenção, foi uma tentativa. A gente não teve sucesso. Ele conseguiu sair e foi para o pátio. Ainda ficou arremessando objetos e ameaçando a equipe.” (P4)

A profissional P4 narrou o episódio ocorrido na semana anterior no qual um paciente entrou na sala fechou a porta e a agrediu com uma lixeira. Ela relatou que na tentativa de se defender pegou uma cadeira, enquanto aos gritos pedia por ajuda da equipe. Destacou que

mesmo com o serviço pequeno, em função da quantidade de pacientes, não foi possível que a equipe estivesse atenta a tudo que estava ocorrendo.

“[...] semana passada teve uma agitação desse paciente. Eu estava no consultório sozinha ele entra, estava na mesa cercada, não tinha nem como pular, apesar que eu pensei rápido, "eu vou passar debaixo da mesa ou eu vou pular a mesa", mas não teve jeito, ele pegou a lixeira e foi me agredindo, mas a lixeira caiu no chão, e ele foi pegar a lixeira rapidamente, eu peguei a cadeira para colocar na frente para me defender. E, nisso gritei para a equipe aparecer na sala, ele entrou e fechou a porta.” (P4)

O profissional P5 explica que o paciente estava impaciente com o prolongamento de sua permanência no serviço. Fala dos momentos que antecederam a agitação. O mesmo anunciou logo no início do plantão que não estava bem. No refeitório grita que não irá fazer uso da medicação e inicia sua agitação. P5 Encerra relatando os danos causados ao refeitório em função da agitação.

“Ele entrou para a cozinha para jantar, e já começou lá de dentro falando que não ia tomar a medicação. Estava conversando com outro paciente, e aí começou a alterar o humor. Já estava persecutório com a equipe também. Começou a falar que não ia tomar remédio, que não adiantava nem colocar a mão, porque senão ia agredir. E a gente foi abordar para conversar. Mas aí ele se alterou e jogou uma mesa para cima, e a gente foi para evitar[...]. O paciente ficou agitado, surtou e começou a quebrar as coisas na cozinha e a gente não quis entrar em contato [...] quando chegou ele já tinha quebrado a cozinha, foi feito bastante bagunça lá.” (P5)

A profissional P6 descreveu em detalhes um episódio de conflito. Explicou que tudo se iniciou com a demanda do paciente em falar com seus familiares. Diante do insucesso das tentativas, ele partiu para a agressão a equipe. Afirmou que a agressividade aguda inviabilizou a abordagem verbal. E, inúmeras intervenções foram feitas, entre elas acionaram a Guarda

Municipal e a retaguarda psiquiátrica. Após a chegada dos demais profissionais o paciente foi contido e medicado, mas seguiu proferindo ofensas aos gritos durante toda a noite. Afirmou que foi este uns dos plantões mais terríveis que vivenciou.

“Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo. Não deu tempo de conversar, não deu tempo de chegar a um acordo. Nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele estava muito agressivo, ameaçador [...]. Ele chegou, nós tivemos que contê-lo, medicá-lo com várias medicações injetáveis, e mesmo assim aquela crise foi durante a noite toda. Ele xingava, gritava, ameaçava verbalmente, foi assim, foi um dos momentos que eu presenciei que foi um dos plantões mais terríveis.”

(P6)

A profissional P7 descreveu uma situação de crise aguda com tentativa de evasão. Enfatizou os gestos de agressividade em relação à equipe, ressaltou o furor da paciente.

“Ela surtou do nada no pátio e queria evadir, aí a hora que eu percebi eu chamei o (profissional). Aí ela foi com tudo no pescoço do (profissional). Aí eu tentei segurar os braços dela para tentar defender o colega, e não deixar ela continuar a agressão. Aí o (profissional) já veio e a gente finalizou a contenção. Mas o (profissional) precisou se jogar no chão para segurar, mesmo porque ela estava enfurecida.”

(P7)

A profissional P8 descreveu em detalhes um episódio de agitação do paciente. Apontou que demonstrou coragem e uma postura assertiva diante da hostilidade do paciente. Pontuou uma dificuldade do restante da equipe em reagir e se organizar para contenção.

“[...] ele pegou a cama e jogou em mim assim, eu segurei, ele achou que eu não ia medir forças com ele. Eu segurei, falei com ele que aqui eu não estou para apanhar e ele não estava para me bater, nós vamos ter esse manejo.” **(P8)**

Descreveu uma situação na qual um paciente desconhecido estava armado com uma faca, a profissional P8 explicou que optou por se afastar a acionar a guarda, sem qualquer outro manejo, até que o paciente fosse desarmado. Percepcionou que teve sorte de o paciente demonstrar que estava armado antes de se aproximar do mesmo.

“Quando eu fui medicar ele tirou uma faca, e falou assim "chega perto para você ver!". Eu simplesmente dei dois passos para trás e não adentrei mais. Porque a partir do momento que é uma arma eu não vou enfrentar. Larguei ele para o lado e tive que acionar a guarda municipal, para poder desarmar ele e a gente medicar.” (P8)

Ao descrever o furor do paciente, a profissional P8 pontuou que a equipe ficou ainda mais fragilizada diante da crise hipertensiva de uma das profissionais. Seguiram manejando, porém, diante da agressividade crescente do paciente, decidiram por permitir que deixasse o serviço.

“Ele vem no crescente. Eu lembro que ele pegou várias coisas, pegou o banco, pegou ventilador, chegou a quebrar tudo. Aí a colega começou a passar mal, ficamos assim, as pessoas da equipe tentando manejar e ele quebrando as coisas jogando em cima da gente. Foi assim até o “vão abrir as portas??” foi a solução.” (P8)

A profissional P9 destacou o nível de agressividade verbal do paciente reproduzindo suas falas. Observou uma crescente hostilidade do paciente, mesmo diante de uma abordagem calma e respeitosa. Diante desse comportamento, em um primeiro momento se calou e se afastou do paciente. Após uma interpretação equivocada de uma outra situação, sua hostilidade se acentuou. Na iminência de uma agressão física, o paciente foi segurado por seus colegas, o que a fez atingir seu limite emocional.

“Aí ele começou a ficar agressivo com a (profissional). Aí eu falei assim "não fica assim com ela, porque não é responsabilidade dela". Aí ele partiu para cima de mim. Ele falou "eu não tô falando com você [...]”, eu falei assim "mas calma vamos conversar”. “Não, quero

conversar sua (nome desrespeitoso), sua (nome desrespeitoso), sua (nome desrespeitoso)!". E gritando assim, no meu rosto. Aí eu fiquei calada, deixei. E, nisso o (outro paciente) estava contido, e o (segundo paciente) estava se jogando da cama. Foi tudo ali no corredor. O (nome do paciente) se jogando da cama, ele gritando comigo. Nós vimos o (nome do paciente) lá, aí a gente foi arrumar o (nome do paciente). Nisso que a gente arrumou, ele entrou no quarto, ele foi atrás de mim novamente, me xingando, xingando, eu falei " calma, por que você está falando assim comigo? Eu estou te tratando, não é desse jeito, eu quero conversar, resolver". E aí ele continuou me hostilizando. E nisso o (nome do paciente) ficou quietinho, ele gritando, o (nome do paciente) voltou para a cama, ficou quietinho, aí ele saiu. Na hora que ele saiu aí eu falei, "até o (nome do paciente) ficou quieto agora" aí nós começamos a rir. Porque, porque o (nome do paciente) na agressividade dele, do jeito que ele estava falando com a gente, até o (nome do paciente) assustou. E aí que a gente riu, ele voltou, voltou e veio para cima de mim de novo "você está rindo de mim sua (nome desrespeitoso)?" E aí eu estava de máscara, e aí ele puxou minha máscara. Aí as meninas já o seguraram, porque acharam que ele iria bater na minha cara alguma coisa assim. E aí seguraram ele, e aí acabou [...].” (P9)

A profissional P9 relatou com detalhes um episódio em que, durante a contenção de uma paciente, outra usuária e sua acompanhante entraram em conflito e agrediram vários integrantes da equipe.

“Nisso, a (nome da paciente) tomou as dores da (nome da paciente), e veio para cima da gente, e a filha da (nome da paciente) também. Nisso, o (profissional) segurou a (nome da paciente) e a filha da (nome da outra paciente) continuou agredindo a gente. E aí, juntou outros pacientes e meu óculos foi parar lá no meio do pátio. E aí, nós ficamos assim "nossa!". O (profissional) segurando a (nome da paciente) de costas, eu fui ao (profissional) e falei assim "o que que nós vamos

fazer? O que a gente vai fazer?" Nós não sabíamos o que fazer. E a (nome da paciente) gritando, a filha da (nome da outra paciente) gritando. Ai ele falou assim pode conter a (nome da paciente) que eu vou segurar ela aqui. E aí, nesse dia como é que você vai embora para casa? Depois de um episódio desse. Uma confusão generalizada, todo mundo apanhando. Nesse dia todo mundo apanhou, o (nome do profissional) apanhou, (nome do profissional) apanhou, todo mundo apanhou, da paciente, da filha da paciente!" (P9)

O profissional P10 expôs que o paciente se recusava a ficar no serviço, que foi tentado sem sucesso um diálogo com ele, sendo necessário o uso da contenção física. Salientou que a abordagem foi complexa.

"[...] ele chegou aqui no serviço, foi uma abordagem muito difícil, ele não queria ficar, não estava aceitando a abordagem e [...] queria evadir de qualquer maneira. A abordagem foi simples. A gente tentou estabelecer o contato verbal, tentou contactar, e [...] naquele momento dele, daquela crise, ele não aceitou bem essa abordagem, e a gente teve que [...] fazer a contenção física. Foi uma contenção difícil porque ele realmente estava em um momento muito difícil [...]." (P10)

Ao descrever outra situação na qual não houve qualquer diálogo, o profissional P10 relatou uma situação na qual o paciente evadiu do serviço após passar pela equipe de Enfermagem e pelo porteiro.

"Ele evadiu da unidade, foi muito agressivo. Passou por parte da equipe de Enfermagem empurrando. Passou pelo porteiro e evadiu para a rua." (P10)

O profissional P10 percebeu que a agressividade do paciente tinha uma apresentação pouco usual para um paciente do sexo masculino.

“Mas foi um episódio difícil, porque nas agitações dele, ele dá muito trabalho. Batia, cuspia, mordida, era uma coisa assim, bastante diferente. Normalmente as contenções de homem que eu participei, são de agressividade com soco, com chute, empurrão. Mas até então ninguém tinha me mordido, não que ele tenha me mordido nesse episódio, mas ele tentava morder a gente.” (P10)

Novamente o profissional P10 narrou um episódio no qual se lesionou após ser mordido por uma paciente. Não demonstrou qualquer reação ou ressentimento. Disse estar agradecido por não ter sido grave, e se divertiu com o fato de ter ficado com uma cicatriz.

“E aí, em um dado momento a gente viu que não ia conseguir tirar ela só conversando, então a gente se aproximou dela para segurar ela, onde ela desferiu a mordida também no meu braço. Foi a segunda mordida que eu ganhei aqui. Já tinha ganhado uma há uns anos e foi uma mordida bem feia. Mas conseguimos tirar ela. Até achei que o estrago tinha sido maior, causou muita dor, mas não passou disso. Não teve perda de tecido, mas ficou uma marca bonita também (risos).” (P10)

O profissional P10 concluiu citando um quarto paciente que também considerou muito agressivo. Por acreditar que o serviço estava muito cheio ele afirmou que solicitou da equipe de plantão uma atenção ao caso. Diante da passagem ao ato agressivo, imobilizou o paciente, o retirou da proximidade dos demais pacientes, e foi auxiliado por colegas na contenção do paciente. P10 fez um destaque especial a este paciente, pelo fato de que apesar de ter um quadro psiquiátrico descompensado, fazia contundentes ameaças pessoais à equipe. O paciente era morador de uma área marcada pela presença de criminalidade. Ele alegava ter relação com o crime, e ameaçava acionar tais indivíduos contra a equipe caso não fosse liberado.

“Dentro do ônibus ele brigou com alguns passageiros, agrediu, estava agredindo a mãe e a mãe conseguiu trazer ele para cá. [...]. Ele abordou um paciente dentro do pátio [...] e começou a hostilizar esse paciente que já estava estabilizado, estava na Permanência Dia. Ele se

retirou do local foi para a recepção e esse rapaz foi atrás dele. E ele começou a hostilizar mais ainda o (nome do paciente). O (nome do paciente), então optou por sair, ficou na portaria. O (nome do paciente) foi atrás e ele fez sinal para mim "o rapaz tá querendo briga comigo, aqui é briga agora?". Quando ele fechou a boca (nome do paciente) começou a desferir vários socos nele, com bastante agressividade. Pelo menos três socos atingiram a cabeça dele [...] esse caso me chamou mais a atenção por causa das ameaças dele. Visivelmente ele não estava bem, mas fazia ameaça de cunho pessoal, falando que iria atacar a família, que isso não ia ficar barato, que essa contensão não ia ficar assim. Que era para soltar ele porque senão ele ia chamar alguns conhecidos dele que são ligados ao crime.” (P10)

A profissional P11 citou um caso ocorrido naquele mesmo dia no qual ao chamar um paciente para ser medicado, este ficou hostil. Disse que foi auxiliada por uma colega, mas que não tiveram sucesso.

“Ele foi hostil comigo, porque eu o chamei para ser medicado, ele recusou. Recusou mesmo, querendo saber qual é a medicação, e se recusou a tomar a medicação. Ai ele ficou bem hostil comigo. A colega [...] veio para ajudar na abordagem também, mas sem sucesso.” (P11)

A exuberância do comportamento agressivo do paciente amedrontou a profissional P12, que percebeu a equipe também amedrontada.

“Geralmente ele chegava exaltado, chutando as portas, agressivo. Então isso já me intimidava e intimidava a equipe. Para chegar nele tinha que ser muita gente reunida.” (P12)

4.2.2 A compreensão psicológica ou julgamento moral dos comportamentos perturbadores dos usuários

Esse segundo constituinte essencial se referiu às várias explicações dadas pelos profissionais aos comportamentos disfuncionais dos usuários. Os relatos eram oriundos de teorias psiquiátricas e psicológicas que emergiram nas falas com mais frequência. Porém, as explicações para o comportamento conflituoso baseadas em construções morais, culturais ou de personalidade, também se fizeram presentes. As diferentes compreensões geram diferentes formas de resposta por parte dos profissionais a esses comportamentos, bem como influenciam em seu mecanismo de autorregulação.

4.2.2.1 Compreensão psicológica do comportamento

As falas dos profissionais P1, P2, P4 e P7 atribuíram ao uso de entorpecentes a principal causa do comportamento conflituoso.

“[...] um paciente que chegou alterado por que tinha passado a noite usando entorpecentes [...] Porque ele era um paciente que trabalhava, antes de se envolver com droga, ele trabalhava e tinha uma vida social, ele tinha as coisas dele e quando ele afundou mesmo nas drogas [...]. Ele passou a agredir as pessoas que gostavam dele, que ele gostava, e foi no fundo do poço mesmo. É uma pessoa que hoje não tem mais uma vida social igual já teve.” (P1)

“O paciente já sempre vinha transtornado ao serviço em grande uso de entorpecente, cocaína e outros, que ele falava sempre. [...] É o uso de entorpecente também, eu acho que é o que mais conta assim, desencadeia mesmo, álcool e drogas [...].” (P2)

“[...] hoje os pacientes estão muito mais graves. E tem a questão da droga também, então muitos deles chegam intoxicados, de uma forma muito agressiva conosco.” (P4)

“Eu penso que alguns são por causa de droga. Igual no caso da [...] quando ela está em abstinência ninguém aguenta. Ela puxou o cabelo de [...], ela bateu no [...] no dia que a gente foi dar banho nela [...] eu acredito que seja droga.” (P7)

Nas falas dos profissionais P2, P3, P5, P6, P8, P9, P10 e P11 o próprio transtorno, o quadro sintomático, o abandono do tratamento ou a crença de não necessitar deste, se destacaram como a explicação dada por esses profissionais ao comportamento de conflito.

“Logo em seguida ele cismou que os pacientes estavam falando dele e foi para cima do paciente para agredir o paciente.” (P2)

“Uma desorganização, eu creio que a desorganização. Às vezes também há casos que o paciente não acredita que ele precisa de um tratamento, aí ele já chega agitado, ou a família traz. Ele vai negando que não precisa de tratamento, a família insiste em trazer, muitas vezes é isso, a recusa pelo tratamento. Por achar que não precisa.” (P3)

“[...] o problema do paciente é que ele tem que lidar com isso, as pressões que têm devido a droga, porque isso gera consequências, ações de familiares, [...] eu acho que o fator principal é o problema que o paciente enfrenta. É por isso que muitos chegam ao ponto de tirar a própria vida, a pressão é muita.” (P5)

“É [...] dele não suportar aquele momento, que é onde que ele começa a agressividade dirigida aos próprios profissionais.” (P6)

“[...] tem várias situações, vários conflitos, muitas vezes o abandono do tratamento, [...] se você for olhar os problemas que tem aqui, muitos são de abandono de tratamento, porque aí as alucinações vêm a todo vapor.” (P8)

“[...] quando o paciente está deprimido, está pensando em autoextermínio, ele não é muito agressivo com a gente. A não ser os

bipolares que são mais [...] mal-humorados. É uma abordagem mais tranquila, eu acho. Para mim a abordagem mais difícil é do bipolar.”
(P9)

“Realmente é a crise, porque são vários os tipos de transtornos, cada paciente tem uma reação diferente. Alguns ficam mais agressivos verbalmente, outros fisicamente. Mesmo porque tem uma questão do delírio também, auditivo, visual [...], ele não consegue entender que naquele momento as pessoas estão tentando ajudar. E que ele está aqui para tratar. Então você tem que ter essa visão de que ele não é um monstro, ele está ali para tratar.” **(P10)**

“Isso é mesmo da cabeça, o que eles sentem, eles estão [...] a crise deles [...] porque é um sofrimento terrível. Eu falo que é um sofrimento.” **(P11)**

A crença de que os conflitos e as mudanças nos núcleos familiares, além da sensação de desamparo, como influência no comportamento disruptivo dos pacientes aparece nas falas dos profissionais P5, P6, P7 e P10.

“A não aceitação dos familiares é um dos casos, e o paciente não ser aceito. Para uma pessoa normal já é difícil, então para o paciente não ser aceito é mais difícil ainda. E aí o fato de ficar tanto tempo longe dos familiares e internado. Isso daí para mim já é uma coisa que leva a isso.” **(P5)**

“Eu acho que a falta da família, a rejeição, rejeição da mãe. E [...] a vontade de estar em casa.” **(P6)**

“[...] ela chegou aqui com um problema familiar bem grave. No caso, o pai dela tinha agredido ela, aí ela chegou aqui transtornada [...]. Depois de tudo, a gente se sentou, conversou, aí que eu fui entender que

ela estava mal, o pai tinha colocado ela para fora de casa. Ela estava totalmente desestruturada.” (P7)

“Conflitos familiares, por causa da crise aumenta o conflito.” (P10)

As questões subjetivas como a angústia e a dificuldade em lidar com os acontecimentos da vida foram nomeados como um fator de desestabilização pelos profissionais P2, P5 e P9.

“Olha a gente vê várias situações, o próprio sofrimento do paciente é uma dessas situações. Às vezes o não saber [...] achar que está [...] achar não, geralmente estão sozinhos no mundo [...] o estar sozinho, não ter um familiar. Acho que tem várias situações que desencadeiam isso no paciente.” (P2)

“[...] tem hora que ele, quando surta, a pressão para a gente que é uma pessoa normal às vezes é difícil de aguentar, e para um paciente que já tem seus problemas é mais difícil. A diferença é que a gente consegue segurar, consegue lidar com isso e o paciente dependendo do caso ele não consegue, então tem hora que ele tem que colocar para fora e aí ele [...] cada um coloca de um jeito. É [...] uns agrirem, outros tiram a própria vida e outros, enfim, agitam, se jogam na frente de carro, enfim.” (P5)

“[...] às vezes o paciente pode ter até tomando remédio direitinho, mas tem alguma coisa [...] algum fato emocional que acontece, e ele não aguenta, não suporta. Algum medo, que pode virar bater e ele nem consegue falar isso nem dominar aquilo, e [...] acontece. Então são várias coisas, eu creio que é mais emocional mesmo.” (P9)

“Agora outros são assim, pode estar vindo direitinho, tomando a medicação e tudo, e aconteceu aquele fato inesperado, ou até às vezes esperado, mas ele não consegue dominar aquilo na vida dele. Às vezes um luto. Às vezes uma outra emoção mais forte. Às vezes uma nova

peessoa na família, acontecem várias coisas assim, são muitos fatos. Que às vezes a gente normal consegue lidar e eles não conseguem.”
(P9)

O componente coercivo e involuntário do tratamento é um provocador do comportamento conflituoso para os profissionais P6 e P8.

“Ele é um paciente grave e tem a questão social, ele não aceita ficar aqui por muito tempo e o próprio serviço causa mal a ele. Já chegou um ponto dele mesmo não suportar o ambiente, e ele vem buscando, como se diz, a defesa dele é nas agressões.” **(P6)**

“[...] chega uma hora da noite que ele vê que o serviço fechou, a noite caiu e não tem solução, que vai embora, aí começa naquela crescente da agitação.” **(P8)**

4.2.2.2 Julgamento moral dos comportamentos perturbadores dos usuários

A concepção de que o comportamento agressivo do paciente é parte de sua personalidade e cultura que seriam por essência violentas, aparece nas falas dos profissionais P1, P7 e P9.

“Como ele era muito agressivo, já tinha ocorrência de agressividade contra a esposa, e ninguém confrontou ele como eu, eu falei que ia chamar a polícia, fazer uma ocorrência que aquilo não podia ficar daquela forma. Porque ele nunca tinha apanhado, ele sempre bate na esposa dele, nunca tinha apanhado e nesse dia ele apanhou de mulher.”
(P1)

Às vezes alguns são hostis, ignorante, não aceitam, ou às vezes não tem manejo. Igual o (nome do paciente) não tem jeito [...].” **(P7)**

“[...] ficava aí à tarde inteira xingando todo mundo, hostilizando, ameaçando os funcionários, os pacientes, todos. E aí no dia que ele, e ele é um paciente esquisito, porque quanto mais a gente fala calmo com ele, mais ele grita e [...], que é o contrário do que a gente aprendeu, ‘vão falar calmo com o paciente que a gente não tem que estressar’. Só que ele é o contrário, quando mais calmo você fala com ele mais ele grita, mais hostil ele fica, mais agressivo ele fica, é assim.” (P9)

Os profissionais P4 e P6 demonstraram um entendimento de que o comportamento foi originado de uma frustração diante de um pedido negado.

“E quando a gente fez o atendimento dele e liberou, ele ficou hostil, demandando ficar na unidade [...], até porque ele não tinha nenhuma indicação do ponto de vista do quadro desestabilizado para ficar [...], foi uma agitação diante do que ele pediu não ter sido aceito, acatado. Que era ficar no serviço sem indicação e sem necessidade na época. Nesse caso, especificamente foi pela insatisfação do não acolhimento da demanda dele, de ficar aqui no serviço e questionando o atendimento oferecido a namorada também. Acho que foi o lugar do desafio ‘ah não vocês não vão me atender, então espera aí!’ Começou a hostilizar a equipe. Porque não tinha justificativa, do ponto de vista do quadro, ele não estava desestabilizado. Então, eu entendo que neste dia foi por uma insatisfação dele. E ele tem baixo limiar de frustração, ele reagiu assim em outros momentos. Acredito que nessa situação em específico foi por causa disso.” (P4)

“[...] já estava naquela demanda é [...] buscando, querendo que o serviço chamasse a família. Ele querendo conversar com a família, queria isso. Demandava conversar com o pai e a família não queria atender. E isso veio, após nós pegarmos plantão, ele viu que não teve jeito. Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo.” (P6)

“E ele é um paciente que não aceita limites. Em casa, a família impõe os limites e ele não aceita. Aqui, ele tenta, é [...] seguir da forma que ele quer, que a gente tenta, manter uma conduta só, com ele. A gente vai no manejo, é difícil não é fácil, mas o caso dele é isso, ele não tem limites. Você vê que ele entra no chuveiro fica o dia todo, já chegou ficar a noite toda no banheiro, ele não tem noção do tempo do que ele faz. Mas ao mesmo tempo ele sabe da realidade, ele sabe o que que está causando, e ele sabe as consequências do que ele está fazendo. Então o problema maior é esse, que ele não aceita o não, o limite, e a rejeição.” (P6)

A certeza de impunidade, com menção à necessidade de não existirem as consequências em função do comportamento manifesto, é colocado como causa do comportamento conflituoso pela profissional P9.

“Porque dá para entender que os pacientes podem [...], eles sabem disso, que eles podem bater, pode fazer o que quiser com a gente, que nada acontece. Fica essa sensação de impunidade, de injustiça.” (P9)

4.2.3 A percepção das fragilidades do serviço

Os profissionais evidenciam as fragilidades do serviço que impactam negativamente na possibilidade de um melhor manejo do comportamento conflituoso. Tais fragilidades se direcionam a três aspectos principais: ambiente físico, excesso de demanda e equipe de funcionários.

4.2.3.1 O ambiente físico

Os profissionais P2, P4 e P5 percebem as fragilidades no ambiente físico por o considerarem pequeno para o seu propósito. Suas portas e acessos não são adequados para a passagem de uma maior quantidade de profissionais. No ambiente existem objetos e mobiliário sem fixação, que oferecem risco por serem facilmente arremessados pelos pacientes.

“Olha as dificuldades são muitas! Por que a gente não tem [...]. Por ser uma Rede SUS, não somos um serviço bem estruturado, tem muita coisa que é insuficiente. Nós funcionários temos que nos virar e resolver.” (P2)

“Acho que a estrutura do serviço é um desafiador. Porque o espaço é muito pequeno e com muitas paredes. Tem os bancos que não são fixos, são soltos, eles arremessam. A lixeira, são muitos objetos que ficam próximos. O pouco espaço. Dependendo da situação que você precisa fazer uma contenção, um corredor daquele fica pequeno para a gente, dependendo do número de pessoas que tiverem que fazer, que segurar o usuário às vezes. Precisa iniciar a contenção muitas vezes no chão antes de levar para o leito, então o espaço é pequeno. As salas também, mas as salas não são a grande questão, porque a maioria das contenções são todas para fora. Mas o espaço. O próprio leito crise eu acho muito pequeno também para a gente fazer essa entrada, da equipe, puxar a cama. É eu acho que é um espaço pequeno [...] então, é um desafio também. São muitos pacientes no espaço muito pequeno, mesmo assim em alguns momentos não é possível a equipe está atenta a todos.” (P4)

“Às vezes a falta de estrutura do serviço. Por exemplo, nesse episódio que eu mencionei foi um momento em que até que a polícia chegasse, a guarda, nós ficamos exposto de certa forma.” (P5)

A ausência de atividades lúdicas na concepção da profissional P7 é um provocador do comportamento conflituoso.

“[...] eles precisam de um pouco de liberdade. Aqui eles precisam de alguma coisa para distrair e não tem. A oficina do nosso serviço é muito fraca. Não tem televisão, não tem praticamente nada. Então imagino que é estressante para eles também, ficar o dia inteiro numa

praça só fumando conversando sobre nada, imagina? Chega uma hora que não tem quem aguento.” (P7)

4.2.3.2 O excesso de demanda

Nas falas dos profissionais P2, P4 e P6, o ambiente constantemente tumultuado é definido como um provocador de conflitos. Descrevem episódios de comportamento conflituoso por contágio, no qual os pacientes replicam o comportamento de outro e de discórdia, e reagem com hostilidade ao fato de ter que conviver com o comportamento desgastante do outro.

“[...] nesse dia da contenção dele aconteceram três contenções seguidas, na mesma hora na verdade. Ele em um certo local e outros pacientes em outro local.” (P2)

“E aqui está sempre muito cheio, então outros pacientes também vão para cima. Outros ficam hostil com a própria equipe e aí acaba virando até duas, três, outras contenções que acaba agitando os outros. Enquanto a gente está segurando um, tem um outro que em algum momento pode agredir um profissional, então o espaço é um desafio. Porque dependendo do número de pacientes que estiverem no momento que a gente tem que fazer essa contenção no corredor, isso é desafiador para nós. Eu acho que é um serviço maior, a gente precisa de espaço físico para manejar melhor. Nessa estrutura atual eu acho que uma equipe mais preparada também para esses momentos [...].” (P4)

“[...] causou fúria em outros pacientes, os outros pacientes não concordavam com aquela situação, nós tivemos que cuidar do próprio (nome do paciente) e dos outros pacientes para que não agredissem ele, mas, enfim, ele passou a noite toda contido e mantendo as agressões verbais. (P6)

Nas falas dos profissionais P6, P7 e P10, outro problema gerado pela excessiva demanda, é a dificuldade dos profissionais responsáveis pelo direcionamento das condutas, em priorizar os pacientes com comportamento conflituoso.

“Eu acho que tem que haver prevenção. Vejo que certas condutas falham. Falta prevenir, tem que agir antes de chegar a uma agitação. Paciente chegou em crise e a gente espera uma certa conduta de tal profissional, a gente busca, chama para evitar aquele momento tenso. Então, assim, já houve situação que o profissional precisou tomar aquela conduta certa e não aconteceu. É onde que o paciente chegou à agitação por causa, por falta de uma conduta certa.” (P6)

“No dia aqui estava muito cheio e ela estava assim implorando por um atendimento imediato [...] não tinha condições. Os plantonistas numa correria, a gente na maior correria com as hospitalidades noturnas, dando atenção para os de permanência dia, e aí ela queria passar no plantão. Acho que a intenção dela no dia era ter ficado de hospitalidade noturna.” (P7)

“Chegando aqui o (nome do paciente), e estava cheio, eu me encontrava no acolhimento, eu pedi que ele aguardasse, mas ele entrou para dentro do serviço. Como estava muito lotado, eu alertei o plantão, porque assim podíamos fazer a abordagem dele.” (P10)

4.2.3.3 Equipe de funcionários

A deficiência de habilidades técnicas e interpessoais da equipe no manejo verbal, ou mesmo na contenção, é apontado como um dos desafios a ser superado na visão dos profissionais P2, P3, P4, P5 e P8.

“Acho que uma roda de conversa talvez, uma orientação de como lidar com as determinadas situações, até mesmo coisas que acontecem no serviço, “fulano foi muito complicado” leva ali para a roda de

conversa. Para todo mundo colocar o ponto de vista e às vezes ali cada um vai pegando o ponto de vista um do outro e melhora.” (P2)

“Eu acho que às vezes dificulta é sincronizar o trabalho de um colega com o outro. [...] às vezes quando precisa de uma contenção por exemplo, não tem um sincronismo. Porque acontece de nos machucarmos, às vezes o colega está chegando agora e não tem muito esse sentimento e aí dificulta um pouco.” (P3)

“[...] alguns colegas relataram estar muitas vezes na cena sozinho, olha para o lado e não aparece ninguém, todo mundo de alguma forma já saiu de cena. E como que você fica ali? Na frente do paciente. E o paciente acaba percebendo. Isso vai crescendo, crescendo, crescendo e aí, perde mesmo todo o cálculo que poderia ser feito, e o efeito que tem também [...] então, eu vejo a equipe muito dispersa nos plantões.” (P4)

“Eu enxergo que é um serviço que necessitava de mais preparo para lidar com esse tipo de situações. Todas as situações têm momentos que uma conversa ajuda muito. E num momento de contenção de um paciente agitado também tem que ter um preparo. Às vezes cada profissional age de maneira diferente, assim como equipe, eu acho que precisa de mais preparo, no geral para poder lidar com essas situações que acontecem no serviço.” (P4)

“[...] são situações principalmente a noite. Porque é um tipo de abordagem diferente, a falta de condições do trabalho em si, dificulta. Até saber como vai abordar. Às vezes falta de preparo da equipe, às vezes chegam à contenção, e poderia ser evitada.” (P5)

“Eu já vi situações que chegou a quase ser contido, mas com uma conversa, com jeito, não precisou, deu para manejar. E já vi momentos também que chegou nesse ponto, de precisar de uma contenção e que

os profissionais saíram machucados. Então são várias coisas que dificultam a abordagem. Eu acho que no geral o preparo e a falta de condições do serviço estão fazendo isso.” (P5)

“[...] as meninas ficaram paralisadas e eu gritei, "gente é hora da contenção" assim elas até trombaram uma na outra, aquela coisa assim. Ficaram espantadas, falaram assim "não acredito que a (profissional) vai enfrentar. [...] o que facilita muito é a interação da equipe. Acho que o diálogo e uma interatividade não só com o pessoal da noite, mas com o dia também. Tem muitos relatos que acontecem a noite, por mais que você transmita ao dia aquela coisa, parece que a informação não chega. E, às vezes as coisas que acontecem no dia, não chegam para a noite. Fica uma comunicação falha, a gente não fica sabendo como as coisas estão sendo conduzidas [...].” (P8)

O quantitativo de profissionais é na concepção do profissional P2 uma fragilidade do serviço.

“A gente tem a experiência da noite, por exemplo. Pacientes que ficam sob os cuidados, de quatro profissionais, a gente tem que pensar muito bem como fazer e o que fazer. Uma coisa que eu que começaria ajudando, era organizar o quadro de funcionários, uma coisa que é um problema no serviço, tem pouquíssimos funcionários. Hoje, por exemplo, a gente tá com dois funcionários na assistência e um no posto, então ao todo dentro do serviço são três, porque um está na rota, e rota demora muito. Uma quantidade maior de funcionários auxiliaria, devido a quantidade de pacientes que nós temos. Com o quadro de funcionários já iria iniciar ali uma melhora para o serviço, não só aqui, mas nos demais. Todos os serviços públicos precisam, pelo fluxo de pacientes.” (P2)

A fragilidade física da equipe e a presença ínfima de funcionários do sexo masculino aparece na fala da profissional, como um fator dificultador de um melhor manejo do comportamento conflituoso.

“E as duas amigas que estavam lá dentro assim, por serem mais velhas, ficaram com medo e recuadas [...].” (P1)

“[...] no plantão na época, nós estávamos com um técnico de Enfermagem homem e o restante mulheres, e esse moço, nessa agitação pela palavra não foi possível manejar ele. Vai ficando mesmo muito agressivo, ameaçador. Porque nesse dia eu estava como única plantonista, tinham os técnicos de Enfermagem, então alguma coisa eu precisava fazer. Dado a contenção que não tivemos sucesso, o técnico se machucou, o porteiro se machucou e nós ficamos só mulheres e a gente avaliou que a gente não tinha condições físicas de fazer, de segurá-lo por causa da força que ele tinha.” (P4)

“Acho que é uma insegurança, pela fragilidade do serviço em alguns momentos de não ter um suporte. Pensando em uma equipe preparada. Porque eu percebo quando a equipe está só entre mulheres a gente fica com receio, e aí quando tem um homem no plantão a gente já fica ‘que bom que tem’, porque se precisar de uma força maior a gente tem fulano para ajudar (P4).

“[...] mas eu percebo que a gente vai ficando insegura mesmo, assim, as mulheres. E aí quando tem um homem técnico no plantão, ou um técnico de nível superior, um plantonista, a gente fica pensando que na possibilidade de agitação, pode ter uma segurança maior. Por ter a retaguarda de fulano ‘ah fulano está aí’. Às vezes não está nem no plantão a gente vai lá chamar o colega ‘o fulano ajuda aqui nessa contenção’ e tal. Eu acho que nesse momento eu vejo as pessoas todas inseguras na verdade. E um outro técnico topa, vai para a cena e tem um porte físico, uma força física para dar conta de segurar, mas eu

vejo a equipe toda muito insegura, as pessoas ficam receosas mesmo assim. De se machucar e [...] uns não confiam nos outros em alguns momentos. A equipe é muito unida para uns momentos, mas para outros momentos a gente vê cada um, de alguma forma saindo um pouco da cena. Eu vejo todo mundo com muito receio. Todo mundo, a maioria são mulheres. Porque a gente tem uns que tem mais força, mas a maioria não tem a força física, que as vezes se exige nesse espaço. E eu não tenho [...], não estou dizendo que a equipe precisa ser toda de homens, mas que a gente precisa de ajuda.” (P4)

Surgiu nas falas dos profissionais P1, P7, P8 e P9, como um fator que impacta na origem do comportamento conflituoso a ausência, por parte de alguns profissionais, de uma apreciação positiva de estar com os pacientes, demonstrando atenção às suas necessidades, além de respeito e empatia.

“Tem uns que não tem paciência de ouvir [...], de ter carinho mesmo, que a gente vê que o paciente psiquiátrico ele, a única coisa que ele precisa é de alguém para ouvir. E tem gente que não tem paciência para isso.” (P1)

“[...] tem uns que dão muita atenção, tem outros que não. Tem uns que levam na boa, tem outros que debocham. Tem outros que deixa de qualquer jeito, eu não acho legal. Eu acho que todo mundo teria que se dedicar da mesma forma.” (P7)

“[...] eu falo com os colegas, por eu trabalho a noite. A gente fica ali, e eu falo assim ‘eu fico boba como é que vocês têm coragem de cochilar, porque eu não tenho não’.” (P8)

“[...] tem uns que trabalham com uma cara, tratam o paciente mal.” (P9)

Diante das fragilidades do serviço o acionamento de profissionais externos, entre eles os serviços de segurança, é uma prática comum e aceitável, nas falas dos profissionais P4, P5, P6 e P8

“[...] eu tive que acionar a Guarda Municipal para ajudar em uma intervenção. E, aí com a chegada da Guarda foi possível manejar e fazer com que ele saísse do serviço.” (P4)

“[...] chamar a guarda municipal foi no sentido de nos ajudar, com o diálogo ali, porque estava impossível com ele daquele jeito. Quando ele saiu para o pátio, eu pensei em acionar a Guarda. Eles vieram em dois carros, vieram uns oito guardas municipais na época. E [...] é isso, eu fiz essa conversa lá fora com eles, para eles não entrarem de forma truculenta, ou hostilizar o paciente. Que a gente tentasse mesmo fazer um diálogo, para que ele saísse do serviço.” (P4)

“Para evitar, nós chamamos a polícia, guarda e enquanto isso o paciente ficou lá dentro quebrando as coisas e gritando, tivemos que esperar a polícia e a guarda chegar para poder abordar o paciente.” (P5)

“[...] não deu tempo de chegar a um acordo, nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele estava muito agressivo, ameaçador. Foi onde tivemos que chamar a guarda municipal, tivemos que chamar a equipe do (outro serviço de saúde mental da rede) para intervir também. Quando a gente viu que a situação já estava incontrolável, a gente buscou ajuda da Guarda Municipal.” (P6)

“O (serviço da rede) não chegava para ajudar a contornar a situação por mais que a gente ligasse. A equipe estava fragilizada, não tinha como ficar se deslocando para ligar. A polícia demorou muito, a guarda também não chegou, a solução foi abrirmos a porta, porque

nesse dia teve um risco muito grande, não só com os outros usuários, mas com a equipe. Aí nós descontivemos ele. Nisso já tínhamos acionada a polícia, mas nada de chegar. Porque a partir do momento que tem uma arma eu não vou enfrentar. Larguei ele para o lado e tive que acionar a Guarda Municipal, para poder desarmar ele e a gente medicar. E contornou tudo [...].” (P8)

4.2.4 Ansiedade, frustração e outras respostas emocionais diante do comportamento conflituoso

As respostas emocionais ao comportamento conflituoso do usuário demonstradas pelos profissionais foram diversas, bem como o grau em que esses regulavam suas respostas emocionais a essa perturbação e modulavam uma reação.

4.2.4.1 Ansiedade e medo

O sentimento de medo foi relatado como a principal emoção no momento da abordagem ao paciente em crise pelos profissionais P2, P4, P6, P8, P9, P10 e P12.

“Olha sinceramente, a princípio quando a gente vê uma situação dessa de quebradeira, a primeira sensação que a gente tem é medo. Não medo do que vai acontecer comigo, mas o medo do jeito que o paciente está. O que ele é capaz de fazer? A gente nunca sabe o que ele é capaz de fazer [...]. É uma explosão de sentimentos que sempre vem, porque ele não está colocando só a vida dele em risco, tem os demais pacientes, e profissionais. E a sensação é, a princípio, é susto, aquele medo, aquela coisa, que você fala “pronto, e agora, como lidar com a situação?” (P2)

“Medo, fiquei com muito medo mesmo. Ao mesmo tempo medo não me paralisou também né, assim. Porque eu consegui, assim, na época, acalmar um pouco a equipe e depois calcular, fazer esse cálculo de acionar a guarda. Mas o sentimento na época, assim foi o medo e

depois angústia também. Por não ter tido condições de fazer outra intervenção[...] fazer uma contenção não sei também. Mas nesse dia, o sentimento maior, foi o medo mesmo. De que acontecesse alguma coisa com alguém da equipe. Hoje, diferente de um tempo atrás, eu tenho medo. Uma coisa que eu não tinha antes [...]. Antes, eu não tinha medo assim, hoje eu tenho um pouco de medo. Não me paralisa. Eu não fico sem ação. Eu faço alguma coisa, intervenho, converso com a equipe, tudo mais. Mas diferente de outros momentos hoje eu sinto o medo, mas eu consigo manejar, igual foi na semana passada. Mas diferente de outros momentos, depois de quase sete anos aqui no [...], hoje eu sinto medo em algumas situações. É super compreensível, porque é um sentimento, por exemplo, eu não tinha antes e agora eu tenho. Eu entendo os profissionais ficarem com esse receio de se machucar. Eu vejo todo mundo com muito receio. Todo mundo, a maioria, principalmente as mulheres.” (P4)

“No momento a gente fica assim, a gente fica muito apreensivo a gente fica pensando como que a gente vai agir naquele momento de agitação dele. A gente fica assim inerte.” (P6)

“E assim eu lembro que minhas colegas ficaram abaladas psicologicamente [...] na época da Dra. (nome da profissional) que era a referência do paciente, ela deu atestado de 30 dias para todo mundo, para ficar em casa.” (P8)

“[...] no início, quando eu entrei aqui no (nome do serviço), eu tinha medo, eu ia conversar com o paciente [...] e tinha medo, tinha um medo assim, de chegar perto do paciente, de abordar mesmo, de falar qualquer coisa com o paciente, eu tinha muito medo, dele gritar comigo, [...] eu morria de medo de uma paciente gritar comigo [...] o desfecho da história é que eu fui embora chorando copiosamente. Cheguei em casa chorando, não conseguia parar de chorar. [...] eu estava de máscara, e aí ele puxou minha máscara. Aí as meninas já o

seguraram, porque acharam que ele ia bater na minha cara, alguma coisa assim. E, aí seguraram ele, e aí acabou [...] eu comecei a chorar, fui lá para dentro, comecei a chorar e não consegui me conter, assim, nas lágrimas. E fui embora chorando, cheguei em casa chorando. Uma coisa inexplicável. Porque eu me senti muito atacada, estava voltando de licença maternidade, e aí você chega em um lugar, na primeira semana, e te chamam de vagabunda, de piranha e não sei o quê mais. Eu achei muito pesado, foi muito difícil.” (P9)

“[...] no primeiro momento a gente assusta, o rapaz fala mais alto, e tem um crescimento, que parece que o homem vira um gigante na sua frente. E a gente fica temeroso, porque a gente não sabe o resultado, o que vai acontecer. Inicialmente quando a gente tem o contato com essas situações hostis, a gente acostuma [...], normalmente tem medo, que é normal, e começa a pensar se é aquilo mesmo que a gente quer.” (P10)

“[...] num primeiro momento assim é de tensão, de medo. Depois vem a reação. Já com a equipe reunida aí a gente toma mais coragem, mas em um primeiro momento é de tensão mesmo, mas assim, que eu tive mais medo, foi um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (nome do paciente). Várias [...] contenções dele, eu não tive coragem de chegar, e abordar primeiro. Teve que outra pessoa abordar para eu entrar depois, pelo medo que eu tinha dele. Medo, a gente tem medo, porque [...] ainda mais quando é homem. Homem tem mais força do que mulher. Então vem o pânico. Aí depois que vem a contenção, e passa aquilo ali, vem aquele refrigério, porque o primeiro momento é desesperador. (P12)

4.2.4.2 Frustração e raiva

A frustração, ou mesmo a raiva após sofrer uma agressão surgiu nas falas dos profissionais P1, P5, P6, P11, ocorreu sendo atribuída como uma emoção inerente à condição humana, que deve ser objeto de autocontrole, a fim de não gerar uma resposta também violenta.

“Porque no momento que você é agredido também você é ser humano, então você fica mais corajoso, você não liga se a pessoa vai entrar, se vai fazer alguma coisa [...] porque no momento que a pessoa tem essa descarga de raiva, assim você pensa ‘se eu não me defender ele vai fazer alguma coisa mais grave’.” (P1)

“[...] às vezes a princípio leva para o lado pessoal, e fica irritado, principalmente se existe agressão, acho que até é uma coisa normal do ser humano mesmo. É difícil, dependendo da situação, a gente ter a frieza de [...] de entender o lado do paciente, entender tudo que está envolvido.” (P5)

“[...] gera um pouco de angústia por causa das agressões verbais, mas ao mesmo tempo a gente tem que pensar que a gente está no local de trabalho, não é fácil lidar com essa situação. Foi um momento de angústia.” (P6)

“[...] tem hora que a gente fica meio nervosa mesmo, quando eles vêm para cima. Eu já levei um soco no rosto, já quebrou meus óculos, mas a gente tenta contornar a situação ali. Tem uns colegas que ajudam também. Mas tem hora que a gente fica nervosa também. Querendo até [...] como é que eu vou falar? Ir para cima mesmo. Mas a gente consegue controlar a situação dos pacientes.” (P11)

4.2.4.3 Outras respostas emocionais ao comportamento conflituoso

Os profissionais P1, P3, P7 e P8, citaram o compadecimento pela condição e o sofrimento do paciente, como um sentimento presente no contexto da atuação diante do paciente com o comportamento conflituoso.

“[...] eu acho que em momento algum despertou raiva, nada disso. Depois a gente até ficou próximo, ele passou a ter uma referência muito grande comigo. [...] Agora em momento nenhum eu tive raiva ou tenho

raiva dele, eu tenho [...] tenho pena, da pessoa. Da gente vê como que o ser humano consegue chegar ao extremo. Porque ele era um paciente que trabalhava, antes de usar drogas, ele trabalhava, tinha uma vida social, as coisas dele e ele afundou nas drogas”. (P1)

“De início a gente faz nosso trabalho, e a gente até para e pensa [...] ‘ah é muita coisa’, que a gente pensa que por ter todas as questões familiares, a agressividade do paciente de não acreditar. Às vezes é uma paciente que trabalhava, teve uma vida, e de repente se encontra nessa situação, a gente fica penalizado. Eu fico penalizada às vezes.” (P3)

“Na verdade, eu fico com pena. Dela agir assim dessa forma. Não dela bater no [...], mas implorar por uma atenção, porque para a pessoa chegar a se mutilar, machucar é porque o negócio não está bom.” (P7)

“E, particularmente detesto paciente contido, eu tenho um sofrimento muito grande de ver eles contidos, e eu faço o máximo para não deixar contido. O que eu posso fazer para poder descontrer ao longo do plantão eu faço, só quando não tem jeito mesmo.” (P8)

O comprometimento com a assistência ao paciente e o ímpeto em agir em prol de seu cuidado, foi um sentimento presente nas falas dos profissionais P2, P5, P7 e P10.

“Então a gente tem aquela sensação de medo, mas ao mesmo tempo a sensação de que eu preciso ajudar [...].” (P2)

“A gente no momento da agitação, são várias coisas que passam na cabeça da gente. A primeira é de, é [...] autoproteção, proteção da equipe, e também do paciente.” (P5)

“No momento que ela agitou eu não pensei. Primeiro eu pensei em conter ela aqui no serviço pelo risco da evasão e ajudar mesmo os

colegas. Não levei pelo lado sentimental, porque imagina se ela sai e faz uma coisa grave.” (P7)

“Olha [...] o primeiro sentimento mesmo é de cuidado. Essa atenção que a gente tem que ter para cuidar. Esse cuidado, ele é muito amplo. Ele tanto no sentido de você observar para você prever uma agitação, uma hostilidade, e tentar conduzir a situação da melhor maneira possível.” (P10)

Nas falas dos profissionais P8 e P9 os sentimentos negativos como angústia, cansaço, tristeza, injustiça, inferioridade e impotência podem ocorrer.

“Olha, tem vezes que me despertam sentimentos [...] eu agora eu já tenho há muito tempo um sentimento de cansaço. De achar assim ‘eu já deveria ter dado um basta’. Porque agora eu estou achando que estou mais cansada sabe, psicologicamente.” (P8)

“Eu sinto angústia, tem essa angústia, e fico pensando, me dá uma tristeza. Fico angustiada, com essas coisas [...] que vem. Para quê tanta falta de educação, tanta falta de respeito?” (P9)

“Principalmente aqui, porque a gente é agredido fisicamente. Fica por isso mesmo. Eu falo para as meninas, a gente aqui apanha. O que resta para a gente? Ir embora para casa chorar. A única coisa que resta para a gente é ir embora para casa chorar.” (P9)

“[...] quando a gente é agredido, a gente vai embora para casa com um sentimento de nada. Você pensa ‘nó, eu não valho nada, nada (choro)’. Porque você apanha, o que resta para a gente? Ir embora para casa e chorar. E [...] eu já sofri várias agressões, eu tenho [...] pelo menos na época da [...] fazia Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), eu tenho lá um histórico grande de CAT. E aí você, no outro dia, você fica uns três dias mal. Porque você pensa ‘o que quê eu [...]’, você pensa

‘você não vale nada’. Você vai embora para casa se sentindo um lixo [...] essa foi a última vez que eu sofri uma agressão aqui, foi em 2020. Você vai embora para casa, pensando assim ‘gente, eu estou indo trabalhar, sofro uma agressão dessa, uma violência dessa e simplesmente fica por isso mesmo’. É uma coisa assim que eu acho estranho. A questão de agressão é uma coisa que sempre mexe comigo. Saber que um colega foi agredido é muito difícil.’ (P9)

4.2.5 Percepção do manejo adequado do comportamento conflituoso

O quinto componente essencial identificado trata da percepção de qual seria o manejo adequado para o comportamento conflituoso. Existe um entendimento de que as medidas preventivas ao comportamento conflituoso são importantes. Diante de uma crise, o manejo com abordagem verbal é a melhor forma de condução, porém, a equipe deve estar tecnicamente preparada para a execução da contenção física.

4.2.5.1 Medidas preventivas ao comportamento conflituoso

Os profissionais P1, P3, P6, P7 e P10, acreditam na importância de condutas preventivas ao comportamento conflituoso, definidas como a construção de um relacionamento com o usuário anterior ao momento da crise. Conhecer e compreender o usuário, ter empatia e uma preocupação legítima com seu bem-estar, além da disposição para atender suas demandas são atitudes que impactam na manifestação do comportamento conflituoso.

“Não se deve demonstrar medo, só respeito. É um ser humano, a gente tem que respeitar. São vários tipos de profissionais, e a gente vê que ninguém trabalha igual. Às vezes você tem muito carinho. Igual, hoje em dia eu sou mais de conversar com o paciente, essas coisas, abordar verbalmente. [...] e o que é mais importante, eles querem alguém que escute. Escute o que eles estão passando, que tente pelo menos demonstrar que se importa, com o que eles estão passando [...].” (P1)

“Então a primeira estratégia que eu uso: eu me identifico para o paciente, falo que eu trabalho aqui. Quando ele não me conhece, quando eu estou chegando, quando ele não conhece o serviço, eu me identifico e falo com ele, converso, procuro entender por que ele está aqui, o que que aconteceu. Ai ele vai soltando, vai conversando [...]”

(P3)

“Eu acho assim que o momento que ele está tranquilo a gente tem que procurar conversar com ele, que ele gosta de colocar as angústias dele para fora, e procuro ajudar.”

(P6)

“Então eu aproveito um momento de tranquilidade que ele tá abordável é a oportunidade que a gente tem para conversar com ele. É a hora que ele tem para entrar no chuveiro e tomar um banho em um momento certo, tem hora certa para ele sair. Saber que tem outros pacientes para usar o banheiro. Saber que o espaço não é só dele tem que saber dividir o espaço com os outros. Eu acho que o paciente tem que ser acolhido por toda a equipe e tem que conhecer o serviço. Então o manejo começa aí, tem que acolher o paciente, a família. E o paciente tem que saber o local em que ele está se tratando.”

(P6)

“Inclusive a (profissional) pediu para a gente ser referência de alguns pacientes. Para ajudar a se cuidar mais, cuidar da medicação, cuidar se está vindo na permanência dia. Se não está, ligar para o paciente.”

(P7)

“[...] de vez em quando você tem que se desfazer dessa postura, e interagir com os pacientes, tentar fazer o contato. Se tiver persecutório você se afasta. Mas tentar fazer um contato, por exemplo, na hora do lanche, do almoço, oferecer e chamar para o lanche. Oferecer um banho na hora que tiver na hora do banho. Às vezes o tempo está muito quente, está aquele calor, sei lá não custa nada ir lá para pegar um copo d'água, oferecer água para ele. É se colocar à disposição para

atender alguma demanda que ele tenha. Às vezes quer fazer contato com algum familiar. Ou mesmo com o psicólogo ou outro profissional e está com alguma dúvida, e se dispor a fazer essa ponte, então acho que isso tudo já ajuda no manejo do paciente, estabilizando-o, além do fator medicação, o tratamento em si.” (P10)

4.2.5.2 Prioridade ao manejo verbal

Diante do comportamento disruptivo, a abordagem verbal é a principal forma de manejo, antecedendo ou prevenindo a contenção. Esta é definida como uma abordagem baseada no diálogo e na empatia, levando a uma melhor compreensão das razões, das crenças e motivações do usuário. Todos os profissionais têm falas nesse sentido.

“[...] hoje em dia [...] sou mais de conversar com o paciente, abordar verbalmente [...]. E tem as pessoas que eles pegam como referência também, é melhor essas pessoas tentaram abordar.” (P1)

“E nossa abordagem geralmente é na tentativa de fazer com que ele fique tranquilo, mas ele não consegue, nós tentamos a abordagem verbal, e depois vamos para a abordagem de contenção. Tanto medicamentosa, quanto física. Então, à princípio, eu me coloco no lugar desse paciente. O paciente tem uma dor: qual é essa dor que o paciente está sentindo? [...] geralmente a minha abordagem é chegar próximo e tentar tranquilizar. Minha atitude geralmente é essa, chego sempre muito próximo do paciente. Sento-me próximo do paciente, tento conversar. Tento puxar um assunto, perguntar o que está acontecendo, às vezes eles precisam só desabafar. Está quebrando tudo! Às vezes precisa só falar, o que está acontecendo, do lado de fora do serviço. Então, geralmente meu primeiro passo é esse.” (P2)

“[...] e aí a gente vai fazendo o manejo, quando leva para esse lado a gente tenta não fazer a contenção no caso. O meu comportamento diante desse paciente é tentar acalmar o paciente nesse momento.

Como puder, do jeito que puder fazer. Senão a gente se afasta, dá um tempo, depois volta e tenta saber o porquê, saber o que que levou aquela atitude. Muitas vezes eles falam até o que que aconteceu.” (P3)

“A princípio tentar conversar, é um serviço que rola muito a questão psicológica [...] a primeira atitude é tentar abordar de alguma maneira com diálogo, e aí depende da reação do paciente. Dependendo da reação que a gente vai ver os próximos passos.” (P4)

“A minha atitude, eu particularmente, tentei abordar à princípio o paciente, e [...] fui tentar conversar, mas ali no momento eu acho que não seria possível e talvez fosse chegar ao ponto de ter que ser contido.” (P5)

“É onde vejo que precisamos intervir com palavras, tentando manejar, mas [...], de uma forma mais tranquila, que não leve a contenção, mas enfim, a gente tentou várias vezes e a última opção foi levar para a contenção.” (P6)

“Primeiro eu vou com carinho, eles até falam que eu sou meio meiguinha para conversar e tudo. Que eu acho que às vezes o diálogo é assim, a princípio a melhor forma. Do que ir direto para uma medicação, ir direto para uma contenção.” (P7)

“E aí que a gente entra mesmo com manejo, às vezes verbal e quando não dá chega até a contenção. E [...] a gente tenta o máximo possível com a palavra com a escuta. E já teve paciente de eu levar até para o consultório dar uma de plantonista, conversar, começar a escrever, escrever tudo que está falando para dizer que está desabafando, falando, já fiz isso inúmeras vezes. E [...] tem uns que dá para ir conversando, escuta aquela coisa toda, você até consegue fazer com que ele esvazie um pouco e [...], reverte a situação toda. Agora outros não, outros infelizmente vai até o ponto final da contensão, e às vezes

“você precisa da guarda, às vezes é a gente mesmo. Então são várias situações que acontecem assim, mas eu creio que a maioria delas são situações que a gente contornou muito mais na escuta e verbalmente do que ir para a contenção.” (P8)

“Sempre ele (paciente) procura conversar. No último sábado ele começou, ele gritou e pegou a cadeira para jogar em outro paciente. Nós fomos manejando com conversa até que ele se acalmou. Igual hoje também ele está vendo outro paciente mais exaltado, ele começa ‘não estou bem’ ‘ah eu não estou conseguindo ficar aqui’ ‘ah é isso aqui e aquilo outro [...]’. A gente vai conversando, igual eu me sentei com os dois ali agora e manejo um, manejo outro. Cada hora eu deixo um falar para eles esvaziarem a tensão, e eu servindo de escuta. A minha estratégia agora é manter a calma, é manter a calma. [...] então assim, eu tento sempre observar o tom de voz, que eu estou falando, e sempre falo pausadamente. Acho que eu ficava mais eufórica, mais gesticulando, falando, falando, sem parar. Ai eu sempre tento, observar meu tom de voz, falar mais baixo, e falar mais pausadamente.” (P9)

Tanto [...] porque a expectativa sempre [...], eu sempre trabalhei assim, de repente com uma conversa a gente se aproximando conversando a gente consegue estabelecer um caminho para interagir ali para conseguir fazer a pessoa voltar daquela posição que ela se encontra mais agressiva [...], eu aprendi a, a ter essa sensibilidade, essa percepção, de primeiro, ver se o paciente está mais agressivo? Não o tornar mais agressivo[...], não intensificar essa agressividade, com palavras, com desrespeito, confrontando-o [...] com aquilo que ele está falando. Não aumentar o conflito. Então eu acho que é algo que a equipe deve ter como um todo. A minha atuação é essa, é não aumentar o conflito com o paciente. Seja verbalmente, instigando-o a intensificar aquele sentimento dele e o comportamento ficar mais agressivo. Então, minha primeira postura é essa, é não gerar mais conflito. Primeiro eu tento o contato verbal, sem me aproximar muito. Porque alguns, na

crise vão entender aquela aproximação física, por a mão por exemplo, para alguns, aquilo é uma afronta é [...] algo do outro mundo. Chamo pelo nome, e dependendo de como estiver a exaltação, peço para conversar. Peço permissão para falar com ele. E se o contato verbal não for o suficiente para apaziguar, evidentemente que nesse momento eu não vou estar sozinho, eu sempre procuro acionar a equipe, os meus colegas de Enfermagem, o plantão. Eu prefiro trabalhar em cima da observação. Percebi que o paciente está mais inquieto, mais delirante, ficando mais hostil, tem risco de agitar? Aí já comunico o plantão, deixo a equipe em alerta. Se ele começar a exaltar tento me aproximar, mantendo uma distância de segurança, tento conversar com ele. Então eu acho que tem um passo a passo: observação, abordagem verbal, alertar a equipe, começou a exaltação, uso a abordagem verbal, ou a equipe de Enfermagem, ou o plantonista da equipe de plantão, e o próximo passo seria se caso não houver um retrocesso na exaltação, se piorar, se for o caso é a contenção física, e química.” (P10)

“Eu gosto muito de conversar sabe, gosto muito de ouvir, é [...] eu tenho isso muito comigo de ouvir. Gosto muito de ouvir e eu acho que com isso eu aprendi muito aqui [...].” (P11)

“[...] geralmente, quando o paciente está muito violento eu tento abordar, conversar, porque está nervoso. Com conversa, eu tento perguntar o porquê que ele está naquela situação, porque chegou nervoso, o que está causando aquilo nele. Para tentar entender o paciente também, porque não está nervoso à toa, alguma coisa está passando na cabeça dele. Então vou com a abordagem verbal.” (P12)

Diante do insucesso da abordagem verbal, os profissionais P1, P5 e P9, têm por conduta deixar a cena. Conduta que na opinião do profissional P10, também deve ser seguida por algum profissional que porventura possa ser o alvo de sua hostilidade.

“Se a pessoa começou a te agredir com palavras é melhor você sair de perto, é melhor você ficar calada. Se você ficar calado ele fica constrangido e gera constrangimento, e deixa de fazer sentido querer te agredir com palavras e chegar às vias de fato, então é melhor você deixar para lá. Se fosse para voltar atrás, não teria falado nada, não tinha tentado sair da sala, teria deixado ele extravasar da forma dele.”

(P1)

“[...] para evitar que alguém se ferisse, deixamos o paciente na cozinha, e encostamos a porta da cozinha.” **(P5)**

“Olha, já corri, e já enfrentei (risos). Nesse dia eu corri do (nome do paciente). Mas já enfrentei, já consegui falar você não vai me tratar desse jeito, você não pode me tratar desse jeito, mas é difícil. Como é que fala? A gente está correndo risco quando fala isso! Eu acho que o mais seguro é sair fora, (risos), é sair!” **(P9)**

“[...] tem situações que o paciente fica mais persecutório com o outro colega, com outro companheiro de equipe ou mesmo com a família, devido aquele momento que ele está. Eu acho o seguinte, que a equipe tem que perceber com quem ele está mais persecutório. É com o médico? É com a Enfermagem? É com a família? Acho que quem está de fora é a pessoa mais adequada para abordar, ele não está com aquele foco persecutório, quem está de fora consegue manejar melhor. E quem está sendo o alvo daquele momento precisa se afastar. Então, assim, se eu percebo que o paciente está persecutório comigo eu recuo, eu não fico na frente dele. Ele vai ficar mais provocador, ele vai se sentir mais provocado, a minha presença ali não vai ajudar ele. A minha abordagem não vai ajudar ele, porque ele estava persecutório comigo, e por alguma razão eu represento para ele alguma coisa que, causa mal-estar para ele.” **(P10)**

4.2.5.3 A Contenção física como opção terapêutica

Na concepção dos profissionais P2, P3, P4, P5, P6 e P10, a persistência do comportamento conflituoso após a abordagem verbal, ou mesmo, a inviabilidade desta, diante da passagem imediata ao ato agressivo, justificam o uso da contenção física. A contenção física e medicamentosa é descrita como um procedimento rotineiro, que exige disposição, preparo e trabalho em equipe.

“E nossa abordagem geralmente é tentando fazer com que ele fique tranquilo, mas ele não consegue, nós tentamos abordagem verbal e depois vamos para a abordagem de contenção. Tanto medicamentosa quanto física.” (P2)

“A gente tenta de início, quando é autorizada a contenção pelos técnicos, pelo médico até. A gente faz esse tipo de abordagem, inicialmente, com quatro pontos né. Dependendo muito da situação do paciente é o jeito, o grau da crise também.” (P3)

“É possível dar encaminhamento, acionar a equipe, pensar algumas coisas assim se vai ou não para a contenção, se chama alguém, uma retaguarda que seja [...]” (P4)

“[...] então eu acho que a gente tomou a atitude correta e no final ele chegou a ser contido, mas de maneira tranquila. Ele mesmo se deitou na cama, e a gente fez a contenção para terminar de controlar, e foi medicado também. Em momento de contenção de um paciente agitado tem que ter preparo. Às vezes cada profissional age de maneira diferente, assim como equipe, eu acho que precisamos de preparo de um modo geral para poder lidar com essas situações que acontecem no serviço.” (P5)

“Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo. Não deu tempo de conversar, não deu [...] não deu tempo de chegar a

um acordo. Nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele estava muito agressivo, ameaçador. Foi onde tivemos que chamar a Guarda Municipal, tivemos que chamar a equipe do (outro serviço) para intervir também. Ele chegou, nós tivemos que contê-lo, medicá-lo com várias medicações injetáveis, mesmo assim aquela crise foi durante a noite toda.” (P6)

“Eu acho que cabe a equipe de um modo geral ter essa sensibilidade. Mas ao mesmo tempo estar preparada, porque como ele está fora de si, não está na sua crítica normal, seu juízo, a gente tem que considerar que ele pode ser capaz de qualquer tipo de agressividade mais intensa. Mas o que contribuiu para o sucesso desse evento com certeza foi um efetivo bom número de pessoas ali. Ninguém teve que fazer nada sozinho, todo mundo atuou junto e isso fez a diferença. Dessa forma a situação toda flui. O paciente vai apaziguar, vai aceitar a medicação extra, vai aceitar a abordagem, vai até conseguir falar o que ele está sentindo, ou ele vai agitar de vez. Então, nesse momento, a gente já está ali pronto para fazer a contenção física, a condução ao leito. Porque quando a gente pensa em contenção a gente tem que pensar o seguinte: você tem que deixar tudo preparado.” (P10)

4.2.6 Autopercepção da capacidade profissional

O último constituinte essencial que emergiu, tratou da autopercepção dos profissionais em relação a sua capacidade técnica e interpessoal do manejo da crise, seu nível de segurança, seu processo de aprendizagem e sua apreciação positiva em relação ao paciente da saúde mental.

4.2.6.1 Autopercepção da capacidade técnica e interpessoal de manejo a crise

Os profissionais P2, P3, P5, P7, e P8, avaliaram positivamente sua capacidade de manejo das crises, atestando tal avaliação por meio do relato das abordagens e das conquistas que consideraram bem-sucedidas.

“[...] eu me avalio bem nessa abordagem. Porque pensando na abordagem, geralmente muitos me escutam, e eu os escuto. Então a gente sempre aprende muito, mas eu acho que eu tenho uma boa avaliação nesse sentido.” (P2)

“Eu acho que tenho uma atuação boa, eu consigo convencer às vezes o paciente a tomar medicação, por exemplo. Consigo convencer o paciente que não quer ficar na unidade. Às vezes eu consigo que ele aceite a intervenção.” (P3)

“[...] penso que a gente tomou a atitude correta e no final ele chegou a ser contido, mas de maneira tranquila. Ele mesmo se deitou na cama e a gente fez a contenção para terminar de controlar, e foi medicado também. Então hoje eu vejo que a gente tomou a atitude mais correta, mais acertada para todos.” (P5)

“Eu aprendi muito, aqui eu aprendi muito, e eu acho que eu tô indo bem, já são cinco meses aqui no [...].” (P7)

“Foi uma situação de agitação, agressividade que deu para contornar e nesse dia nós tivemos que conter ele, e ele ficou contido a noite toda. E não precisamos chamar a guarda, nós resolvemos. Porque quando ele viu que eu o enfrentei, diferente do que a mãe em casa, que não enfrenta, ele recuou. Foi então que nós fizemos a contenção. Então, assim, depois dessa época eu acho que, eu não lembro se foi depois do episódio do refeitório, que não foi no meu plantão, mas no meu plantão ele já agitou, já gritou, já falou, mas nunca chegou às vias de fato, de jogar nada, aquela agressividade.” (P8)

Da mesma forma, a profissional P9, utilizou de seu histórico de agressões sofridas para justificar que não percepcionava que tinha uma boa capacidade de manejo do comportamento conflituoso.

“Eu não acho que minha atuação seja boa, porque se fosse boa, eu não apanhava (risos). Nem era hostilizada. Eu acho que eu tenho muito que aprender ainda nessa questão de abordagem.” (P9)

4.2.6.2 O processo de aprendizagem

Os profissionais P1, P2, P3, P5, P7, P9, P10 e P11, aprenderam muito sobre o manejo do comportamento conflituoso, mas acreditavam que ainda estão em processo de aprendizagem. A principal fonte de conhecimento se dá por meio das experiências vividas e da observação da atuação dos colegas.

“Porque depois com o tempo, com a experiência a gente observa que o manejo é mais fácil.” (P1)

“[...] eu avalio, eu sempre vejo abordagem de outros profissionais, por exemplo, a sua eu já vi várias, e isso que me fez aprender muito mais. Você procurar entender o quadro, cada situação. Então, eu avalio que não seja ruim, mas eu tenho mais a aprender. Isso eu tenho certeza, mas é boa, consigo me aproximar.” (P2)

“Eu acho que eu atuo bem, lógico que todo dia a gente tem alguma coisa a aprender, inclusive até com os pacientes a gente aprende muito.” (P3)

“[...] nesse ponto eu acho que estou aprendendo, porque você tem que conseguir entender, pelo menos tentar entender o que está passando na cabeça do paciente [...].” (P5)

“[...] quando eu cheguei aqui eu me assustei, eu nem pensei que ia ficar, mas depois você vai aprendendo a conviver e vai se capacitando. Vai vendo o manejo de um, vai vendo a contenção de outro, vai vendo uma abordagem, e aos poucos você vai aprendendo a manejar.” (P7)

“E aí depois, assim, com o passar do tempo a gente vai ficando mais esperto, ganhando mais experiência, até o que se deve falar. Eu tinha dificuldade, eu tive essa dificuldade agora, quando eu voltei que eu fiquei um ano afastada, o que falar para um paciente.” (P9)

“Hoje eu já não tenho mais aquela questão. Quando a gente começa a gente fica assustado, vem até o medo mesmo de acontecer alguma tragédia, algum acidente. Porque à medida que a gente vai trabalhando, vai ficando mais confiante. Primeiro a gente não trabalha sozinho e felizmente as crises passam e os pacientes melhoram. Entra em crise de novo, aquela confusão de novo, mas isso é uma coisa certa, aquilo vai passar. Então meu sentimento, eu encontrei paz assim, para estar trabalhando com esse público. Porque é lógico que eu estou aprendendo, não sei tudo.” (P10)

“Hoje em dia eu estou me sentindo melhor, no manejo com eles. Eu acho que eu aprendi a trabalhar, aprendi a lidar mesmo com eles, com essa situação.” (P11)

“Eu gosto muito de conversar sabe [...], gosto muito de ouvi-los, eu tenho isso comigo, gostar de ouvir. Gosto muito de ouvir, e eu acho que por isso eu aprendi muito aqui no [...].” (P11)

4.2.6.3 Nível de segurança

Os profissionais P1, P2, P5, P9, P10 e P11, se disseram seguros diante de um paciente com o comportamento conflituoso. O alto nível de segurança tem relação com o tempo de serviço, a vivência de experiências bem-sucedidas de abordagem, confiança em relação à equipe, além de uma apreciação positiva do paciente psiquiátrico.

“Uma coisa que eu aprendi na minha vivência na Psiquiatria é que você não deve demonstrar medo para paciente algum. Você demonstra respeito, você demonstra que você está ali para ele, se ele precisar, no

momento dele quando ele precisar também tem que saber abordar.”

(P1)

“É um paciente que eu gosto muito, uma área que eu gosto muito, então eu não me sinto inseguro, insegurança eu não tenho. A gente só fica apreensivo naquela hora que está aquela quebradeira, aquela contenção muito difícil, que a gente sabe que é uma contenção difícil, a gente fica apreensivo, mas eu gosto muito da saúde mental então não tenho medo.” **(P2)**

“Não, inseguro eu acho que não, eu acho que é um serviço que tem seus riscos e [...] eu acho que os profissionais ficam bem expostos a esses riscos, eu acho que deveria existir mais preparo, mais segurança. Eu sinceramente, penso que já estou acostumado, então não me sinto inseguro. Eu entendo os riscos que existe, mas a gente já sai de casa sabendo disso e tem que estar preparado.” **(P5)**

“[...] eu acho muito engraçado isso, a arte marcial me ajudou muito nessa questão, fora a terapia também. [...] eu acho que é a postura, eu acho que mudou alguma coisa assim, na minha postura. E foi justamente depois que eu comecei a fazer o Jiu Jitsu que melhorou. Eu acho que é a postura. Eu acho que é isso.” **(P9)**

“Não. Se você entrou dentro do ambiente, você tem que entender que é um ambiente que pode acontecer tudo [...] eu me sinto assim no momento. Eu comecei na saúde mental no hospital (nome do hospital) em 2011, lá foi uma grande escola para mim. Vim para o (nome do serviço) em 2014, e hoje eu tenho mais paz e tranquilidade para trabalhar com paciente psiquiátrico do que propriamente medo ou tensão, ou hostilidade. Pelo contrário, fico em paz. Venho trabalhar em paz. Sei que é um ambiente que tem seus momentos. De repente está uma paz, de repente vira aquela tempestade. Eventos que [...] como posso dizer? Eventos que vem para surpreender a gente. Mas eu venho

tranquilo, eu venho com o coração tranquilo, então eu me sinto em paz, pra trabalhar na saúde mental sim. Muito provavelmente porque eu gosto.” (P10)

“Hoje em dia eu acho que eu dou conta. Hoje em dia eu me sinto bem segura para estar ajudando, para abordá-los. Eu me sinto bem. Lá no outro, eu tenho paciente lá, sou a referência deles. A gente que trabalha à noite é mais difícil.” (P11)

Por outro lado, os profissionais P4, P9 e P12, se descreveram inseguros em abordar o paciente com o comportamento conflituoso. O baixo nível de segurança tem relação com o medo, o histórico de participação em abordagens malsucedidas, o passado de agressões sofridas e a desconfiança em relação aos colegas.

“[...] não sentia medo antes, mas hoje sim. Eu entendo que esse medo é diferente de um medo, quando alguém tem medo desde sempre, é um medo que vem com o passar do tempo. Acho que é insegurança, pela fragilidade do serviço em alguns momentos de não ter um suporte para esses casos. Mas que antes não tinha isso, assim, mas com o passar dos anos, hoje os pacientes estão muito graves. E tem a questão das drogas, então muitos deles chegam intoxicados, e se comportam de uma forma muito agressiva conosco. Esse medo vem com a insegurança diante da falta de recursos. Recursos Humanos e a própria estrutura do serviço que não ajuda muito. [...] não necessariamente o paciente vai agitar, mas o efeito que tem na equipe é geral, porque está todo mundo junto. Isso também tem um efeito para o paciente. E para o próprio plantonista, quando a equipe está mais próxima [...].” (P4)

“Eu não tenho segurança, porque na mesma hora que eles estão tranquilos, podem dormir, podem alucinar, pode acontecer alguma coisa e vir em cima de você. E, a partir do momento que você não tem medo achar e acha que está tudo tranquilo, você dorme com o perigo. Então, enquanto você tiver medo você tem cautela, eu observo. É igual

dirigir, dirigir a partir do momento que você perde o medo total você começa a fazer besteira no trânsito. Me sinto com medo. Sinto principalmente nessa questão da agressão física, porque é isso que eu falei, a gente é agredido e o que resta é ir para casa chorando. E agora, depois que eu voltei, eu tenho muito mais medo de apanhar agora que eu sou mãe, não sei por que, tenho muito mais medo de ser agredida do que eu tinha antigamente. Então assim, tenho mais receio de chegar perto de um paciente, mais agitado, eu tenho mais receio agora, sabe. Parece que voltou como no início, parece que eu entrei no (nome do serviço) de novo, vivendo tudo de novo, aquela angústia, aquele medo.”

(P9)

“[...] eu tento colaborar com a equipe no que eu posso. Eu geralmente nunca estou sozinha, nunca. Geralmente só com a equipe, quando a equipe toda já está junto para abordar, sozinha eu nunca vou.” **(P12)**

“Eu sinto muito medo, eu trabalho no (nome do serviço) há dois anos, mas eu ainda tenho medo, principalmente pacientes que eu não conheço, pacientes novatos. Agora os que eu conheço, que eu já sei a reação, eu sou um pouquinho mais segura. Agora paciente novato que chega no (nome do serviço), eu sou um pouco medrosa.” **(P12)**

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O método fenomenológico apresenta como resultado uma estrutura de significado derivada dos aspectos invariantes de como um determinado fenômeno foi vivenciado por diferentes sujeitos.

Este capítulo tem por objetivo discutir os resultados encontrados pelo estudo, mais especificamente, os constituintes essenciais da vivência dos profissionais diante do comportamento conflituoso do paciente psiquiátrico. Tais constituintes serão analisados buscando-se um paralelo entre os aspectos invariantes da experiência vivenciada e a literatura existente sobre o tema.

5.1 A EXPERIÊNCIA COMO UM EVENTO PSICOLÓGICAMENTE IMPACTANTE

“Quando uma vivência é marcante ela acaba imprimindo um registro indeletável no nosso psiquismo”

Carlos Drummond de Andrade.

A ocorrência do comportamento conflituoso por parte dos pacientes é um evento comum no ambiente do serviço segundo os profissionais. Tal relato vai ao encontro a um amplo levantamento de dados inglês que apontou que cerca de um terço dos pacientes psiquiátricos já experimentou o comportamento violento ou ameaçador durante sua permanência no serviço de saúde mental (HEALTHCARE COMMISSION, 2005).

Apesar de ser considerado um evento vivenciado com alguma frequência, um primeiro constituinte essencial que emerge da fala dos profissionais trata dessa experiência como um acontecimento emocionalmente impactante para quem a vivenciou.

Dois aspectos evidenciam o registro psicológico marcante deixado pela experiência. Um primeiro aspecto que se destacou nos relatos é o fato de os profissionais remeterem suas memórias a um ou mais pacientes específicos. Em suas falas existe a citação do nome do usuário, do diagnóstico psiquiátrico, do quadro sintomático, do local de residência, remetendo a ideia de que foi uma situação única.

Ramos e Novo (2003) explicaram que em uma cena de violência social vários elementos estão presentes: a vítima da violência, o indivíduo que pratica a agressão, a família, círculo social de ambos, a população espectadora, a polícia, entre outros. Nesse cenário complexo são

diversas as possibilidades de análise, sem que necessariamente uma se confronte com a outra. Dependendo da intenção de quem o faz pode-se privilegiar uma perspectiva em detrimento da outra.

Nas representações midiáticas dessa violência, predomina o conceito de um fenômeno produzido por um sujeito isolado, único, motivado apenas por não administrar suas emoções, devendo, portanto, ser excluído do ambiente social. A singularidade do ato, a violência como produto de um contexto amplo não emerge nos diversos relatos (RAMOS; NOVO, 2003).

No entanto, na violência dos ambientes psiquiátricos os ângulos são diversos, pois sob o prisma da coerção, citando Cooper (1973, p. 13) “a violência em Psiquiatria é preminentemente a violência da Psiquiatria.” Acrescente que a visão popular do esquizofrênico é o protótipo do louco, aquele que atua de maneira errática, gratuita, e, portanto, sugestiva de violência contra os outros. Ato que invalida seu comportamento.

Nas chamadas instituições totais, no caso da Psiquiatria os serviços psiquiátricos hospitalares de caráter asilar, esses indivíduos, invalidados, perdem o direito à privacidade, aos bens, à aparência e às vezes ao próprio nome. A subjetividade inexistente, tudo é coletivo. (GOFFMAN, 1974).

Acredita-se que diferente da violência social, na qual tal nomeação remete a uma simplificação e delegação do ato violento a um único indivíduo, no ambiente psiquiátrico, citar as peculiaridades do usuário em conflito, promove a singularidade ao ato. Uma segunda vertente que demonstra a vivência do comportamento conflituoso como um evento marcante, diz respeito ao significativo espaço que o detalhamento dos atos agressivos ocupa nas falas dos profissionais.

Needham *et al.* (2005, p. 285) ao revisar os efeitos psicológicos em profissionais da Psiquiatria após sofrerem agressões afirmaram que “alguns incidentes podem levar a uma transformação radical da concepção do mundo, com algumas vítimas afirmando que nada jamais será o mesmo.”

Ramos e Novo (2003) citaram que os discursos não são neutros, eles contêm diferentes visões do mundo. Ao destinar significativa parte de seu relato a descrição minuciosa dos atos de violência, os profissionais buscam levar o interlocutor à cena, induzindo as interpretações, demonstrando o quão marcante e difícil foi sua vivência.

5.2 COMPREENSÃO PSICOLÓGICA OU JULGAMENTO MORAL DOS COMPORTAMENTOS

Diante do comportamento desafiador de um paciente, a equipe de profissionais naturalmente atribui uma causa a este comportamento. Tal atribuição pode seguir por dois caminhos distintos. Uma primeira possibilidade os profissionais podem elaborar uma diversidade de explicações para o comportamento conflituoso tendo como base as teorias psicológicas e terapêuticas. Ou seja, buscam por uma compreensão psicológica do comportamento desafiador. Uma segunda possibilidade trata de se realizar um julgamento moral desses indivíduos, atribuindo a causa do comportamento a desvios culturais e de personalidade. Ambas as interpretações têm influência sobre a forma como os profissionais respondem a esses comportamentos, além de modular a autorregulação emocional diante da crise (BOWERS, 2014b).

Na vivência dos profissionais deste estudo, houve a predominância de uma compreensão psicológica do comportamento conflituoso. Nesses casos foi atribuído ao uso de entorpecentes, ao quadro psiquiátrico ou sintomático e à angústia a origem do comportamento disfuncional. Em uma menor proporção, os desvios morais também foram atribuídos como causa. Nesses casos a dificuldade de aceitar a negativa a um pedido, a crença de que o usuário é possuidor de uma personalidade ou cultura violenta, e a certeza da impunidade foram as principais causas atribuídas ao comportamento conflituoso. Causas ambientais como os conflitos familiares, as mudanças na estrutura familiar, além do próprio modelo coercivo e involuntário de tratamento, também foram causas atribuídas.

Essas atribuições causais, construídas para dar o significado ao comportamento conflituoso, podem ter impacto relevante na forma como o profissional busca uma orientação ou auxílio, além da forma como recebe um direcionamento de colegas ou de um superior. Assim como neste estudo, os achados de outros pesquisadores apontaram que as crenças mais comuns atribuem o comportamento desafiador como tendo origem e causas alheias ao controle do paciente, como os estados psicológicos e ambientais. Os comportamentos que têm relação com os fatos alheios ao controle da equipe, como a utilização do conflito como um meio de comunicação são menos prevalentes, porém, geram mais ansiedade nos profissionais, e consequentemente, geram uma resposta mais coerciva por parte da equipe (LEGGETT; SILVESTER, 2003).

Hastings e Remington (1994) em seu estudo, também encontrou as diferentes explicações dadas pelos profissionais para a ocorrência dos comportamentos conflituosos. Determinantes médicos biológicos em grande parte, mas também a busca de atenção e as dificuldades de comunicação. O caráter intencional dos atos predominou no estudo, embora os pacientes nem sempre fossem responsabilizados por tais atos.

Bromley e Emerson (1995) em outro estudo semelhante apontaram os problemas no estado psicológico e a falta de habilidade de comunicação como os principais motivadores do comportamento conflituoso na perspectiva dos profissionais.

Haugvaldstad e Husum (2016) elencaram em sua revisão que a recusa de tratamento oferecido por um profissional legítimo, as ameaças ao controle e à competência dos profissionais são aspectos apontados pela equipe de profissionais que levaram o paciente a ser rotulado como difícil. Em especial, a atribuição de que o paciente tinha controle sobre seu comportamento, que os comportamentos não fazem parte do transtorno, influenciava as respostas emocionais a esses comportamentos, bem como o direcionamento da conduta.

Nesse sentido, Bromley e Emerson (1995, p. 342) afirmaram que:

“Os sistemas de crença empregados pela equipe para entender o fenômeno do comportamento desafiador são de importância óbvia [...] [Isto] pode impedir a prestação de apoio eficaz ao minar os planos reabilitativos ou de tratamento.”

Drach-Zahavy *et al.* (2012) explicaram de maneira resumida que a Teoria da Atribuição de Weiner trata da necessidade que todos os indivíduos têm de atribuir a causa aos eventos de sua vida, sendo que tais explicações tendem a se direcionar a três dimensões causais: *o locus*, se a causa tem origem interna ou externa ao autor, seu poder de controle sobre tais atos; e a estabilidade, ou seja, se é algo permanente.

Ao se utilizar da teoria de Weiner apontaram em seu estudo que a atribuição dada pelos profissionais de saúde no controle dos pacientes sobre seu comportamento, deu origem às diferentes emoções em relação a este. Quando atribuída ao paciente a capacidade de controle de seu ato agressivo foram gerados sentimentos negativos em relação a este, como raiva, ansiedade, frustração e medo. Nas ocasiões em que foi atribuído ao paciente baixa capacidade de controle sobre seu comportamento, sentimentos positivos como a necessidade de cuidar, compaixão e preocupação, foram despertadas em relação ao paciente (DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

Drach-Zahavy *et al.* (2012) teorizaram que ao se levar em consideração a capacidade de controle do paciente e do profissional de saúde no momento do conflito é possível delimitar

quatro tipos de encontros: (1) disputa pelo poder; (2) encontro terapêutico; (3) encontro pelo poder inverso, e (4) encontro de vítima a vítima. Neste estudo encontrou-se semelhantes experiências, com desfechos semelhantes aos previstos em cada situação. Em um primeiro, denominado Luta pelo poder, o paciente tem o controle de suas ações e o profissional tem a percepção de que a agressividade do paciente pode ser manejada. São despertadas emoções negativas em relação aos pacientes, porém, com a manutenção do senso de profissionalismo. O desfecho se dá por meio do uso dos métodos tradicionais de tratamento: contenção e tranquilizantes.

Em um segundo, chamado Encontro Terapêutico, um baixo controle sobre suas ações é atribuído ao paciente, enquanto o profissional tem a percepção de ter o controle da situação. Emoções positivas são despertadas em relação aos pacientes. O senso de profissionalismo é mantido diante da percepção de que a agressividade do paciente pode ser manejada com o estabelecimento de um diálogo entre o profissional paciente com o uso de estratégias de desescalamento verbal (DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

No Encontro de Poder Inverso, o paciente tem o controle sobre suas ações enquanto o profissional tem a percepção de que a agressão do paciente não pode ser manuseada. Emoções negativas em relação ao paciente são despertadas bem como emoções negativas em relação a si mesmo. Como consequência podem ocorrer danos ao senso de profissionalismo, quadro pós-traumático e comportamento evitativo ao paciente ou recusa de tratá-lo (DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

E, por fim, o Encontro de vítima a vítima. Neste, o paciente não tem o controle sobre seu comportamento e o profissional tem a percepção de que a agressão do paciente não pode ser manuseada. Nesse caso, apesar da agressão, as emoções positivas como o cuidado e a compaixão são mantidas em relação aos pacientes, porém, com as emoções negativas em relação a si mesmo como vergonha e culpa. Danos ao senso de profissionalismo são experimentados, bem como a confusão, e as dificuldades na tomada de decisões clínicas (DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

Alguns estudos apontaram que as teorias sobre as causas dos episódios de conflito influenciaram a forma como os indivíduos responderam a esses eventos. As elaborações cognitivas por parte dos profissionais diante da crise podem exacerbar ou contribuir para um desfecho bem-sucedido das ocorrências de violência (LEGGETT; SILVESTER, 2003; BROMLEY; EMERSON 1995).

Leggett e Silvester (2003) após analisarem 557 fichas de registro de incidente de contenção produzidos durante quatro anos em um hospital do Reino Unido concluíram que o uso de medidas coercivas, era mais comum quando os profissionais acreditavam que o paciente tinha consciência e, portanto, controle de seu comportamento. Tal comportamento foi atribuído à probabilidade dos profissionais se sentirem mais irritados diante de tais crenças, se utilizando da contenção para recuperar o controle diante da situação.

5.3 A PERCEPÇÃO DA FRAGILIDADE DO SERVIÇO

A vivência dos profissionais durante este estudo aponta para a percepção de fragilidade do serviço em três aspectos principais: a estrutura física, o excesso de demanda e a fragilidade da equipe.

Alguns estudos mostraram que em Psiquiatria o ambiente físico de serviço tem impacto nos índices de conflito e contenção. Estrutura física bem cuidada que denota respeito pelo paciente contribuem para a não ocorrência de incidentes. Por outro lado, uma estrutura mais complexa, que dificulta uma melhor observação por parte da equipe e impede os profissionais de melhor supervisionar e responder aos ruídos estranhos, aumentam as possibilidades de conflito (BOWERS, 2014a).

As características do serviço que têm relação direta com o procedimento de contenção também são apontadas como variáveis importantes a serem consideradas como a existência de unidades adequadas e exclusivas para a realização da contenção. O espaço físico deve ser projetado para ser seguro. Devem permitir igual acesso à saída para os pacientes e os profissionais, bem como uma boa saída de som. O uso de móveis estacionários é questionável, pois, apesar de não poderem ser arremessados, não permitem sua remoção rápida para a criação de um ambiente seguro (RICHMOND *et al.*, 2012; BOWERS *et al.*, 2009; BOWERS, 2014a).

A organização do ambiente por meio de um sistema de reparos rápidos, a manutenção de um ambiente limpo e arrumado com boa aparência impactam na ocorrência de conflitos. Além disso, a forma como a equipe se organiza para responder rapidamente aos pacientes que se mostram agitados e aos ruídos incomuns, também têm impacto na prevenção de comportamentos conflituosos (BOWERS, 2014b).

O excesso de pacientes em um ambiente coletivo, sem privacidade, leva ao conflito por meio do contágio ou discórdia. No primeiro, diante de um comportamento desafiador ou de risco de um paciente, outro paciente por imitação, ou mesmo como mecanismo de defesa pelo

grau de ansiedade e insegurança do ambiente naquele momento, também passa a exibir um comportamento conflituoso. No segundo, a imposição da convivência com outros pacientes, cujo comportamento exuberante e imprevisível, lhe causa irritação e desconforto, leva a contendas entre os usuários (BOWERS, 2014b).

A percepção de fragilidade na equipe que surge nos discursos dos profissionais, vai ao encontro com os achados de Bowers *et al.* (2007) que apontou que uma equipe frágil acarreta incidentes adversos, principalmente, devido ao déficit do quantitativo ideal para o setor em função de licenças e ausências diversas. Propõem-se um rigoroso gerenciamento do quadro de pessoal, ou mesmo a presença de outros profissionais que não somente da Enfermagem, para a manutenção de uma equipe completa como atenuante na ocorrência de eventos acidentais.

Em relação à falta de capacitação da equipe percebida pelos profissionais, tal percepção é reproduzida em outro estudo quando foi solicitado aos profissionais identificar o que contribui para o seu nível de estresse no ambiente psiquiátrico, cerca de 20% apontaram a falta de habilidades ou conhecimento como um fator importante, atrás somente da falta de tempo para melhor atender o paciente, e estatisticamente a frente da falta de disponibilidade gerencial (17%), os problemas de comunicação entre a equipe (13%), e a falta geral de recursos (13%) (BROMLEY; EMERSON, 1995).

Apesar de tal necessidade, o treinamento para a abordagem de pacientes com comportamento conflituoso tem um enfoque no gerenciamento da violência por meio da contenção física em detrimento de alternativas à contenção como a desescalada verbal. Na Inglaterra o programa de treinamento de abordagem ao conflito consiste em ensinar técnicas de imobilização sem dor, com uso de alavancagem realizada por três pessoas, com condução do paciente ao chão de maneira segura, onde é mantido até que se acalme (BOWERS, 2005).

Uma análise retrospectiva realizada por Bowers (2005), fazendo uma correlação entre 312 registros de participação em um curso desse tipo e 684 incidentes, durante dois anos, revelou uma desconfortável associação positiva entre o treinamento e os incidentes violentos. A frequência no curso não impactou negativamente nos índices de violência. O fato de frequentar o curso, com conseqüente redução do pessoal no setor, acarretou um aumento nas agressões físicas e verbais. O autor, apesar de questionar a eficácia desse tipo de formação como estratégia preventiva, acredita que tais cursos podem ter utilidade, por ensinarem técnicas seguras de contenção física, mesmo não existindo estudos em termos de diminuição de lesões a profissionais e pacientes após tais treinamentos.

Por fim, em relação à composição e ao funcionamento da equipe um estudo transversal multivariado realizado por Bowers (2009) em 136 enfermarias de pacientes psiquiátricos agudos, concluiu uma associação positiva entre a ocorrência de conflitos e um número maior de profissionais do sexo masculino. A associação positiva também foi relacionada à sensação de esgotamento por parte dos profissionais. Por outro lado, o trabalho em equipe, os sentimentos de segurança, de ordem e de organização contribuíram para a diminuição de eventos conflituosos.

Por fim, a apreciação positiva, definida como o nível em que a equipe aprecia estar com os pacientes, demonstrando respeito, solidariedade e companheirismo, conforme apontou o estudo de Bowers (2007) são representativos de taxas mais baixas de conflito nas enfermarias.

5.4 ANSIEDADE E FRUSTRAÇÃO DA EQUIPE, OU OUTRAS RESPOSTAS EMOCIONAIS AO COMPORTAMENTO DO USUÁRIO

As repercussões das reações emocionais dos profissionais de saúde mental na escalada de situações de conflito não são bem conhecidas, e tendem a ser negligenciados por esses profissionais à medida que não consideram que suas emoções possam ter influência na geração de agressividade (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

O comum é considerar que somente o paciente vive emoções como a ansiedade e a depressão em tais momentos, desconsiderando os sentimentos da equipe. Porém, assim como detectou-se no estudo em tela, outros estudos sugerem que a vivência de sentimentos por parte da equipe em tais momentos são inevitáveis, e até certo ponto normais (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016; DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

Na vivência dos profissionais, o medo foi citado como o principal sentimento despertado diante da crise, acompanhado pela compaixão e pelo cuidado. Em uma ampla revisão sobre o tema Haugvaldstad e Husum (2016) citaram alguns estudos onde identificaram que as reações mais comuns da equipe de profissionais são: hostilidade, insegurança, ansiedade, rejeição e confusão. Em outro estudo a raiva se destacou como a principal emoção por 33% da amostra. Os autores ressaltaram que tais reações podem ter efeitos duradouros e influenciam a forma como a equipe gerencia a situação.

A capacidade da equipe de controlar suas respostas emocionais de ansiedade e frustração diante do comportamento conflituoso do usuário, tem influência direta sobre os níveis de ansiedade e autocontrole do paciente. Além disso, prejudicam uma atitude eficaz diante da crise.

A irritação da equipe gera respostas inadequadas, que podem aumentar o furor do paciente e aprofundar o nível do conflito (BOWERS, 2014a; 2014b).

O temor por ser agredido, pode levar à falsa interpretação de que o paciente é perigoso, com o conseqüente uso desnecessário de medidas de contenção. Tal negligência pode provocar a perda da perspectiva de tratamento, aumento da desconfiança e do risco no ambiente do serviço. É preciso uma conscientização da presença de tais sentimentos para a discussão e a compreensão da influência, que sentimentos negativos podem ter na tomada de decisão diante do comportamento agressivo (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

Assim, como foi percebido pelos profissionais entrevistados neste estudo, diante de uma agressão, uma série de mudanças no sistema fisiológico e cognitivo ocorrem levando a uma tendência automática de como agir. A agressão de pacientes gera nos profissionais a interpretação de ameaça a diversos aspectos como o orgulho, a competência e a própria segurança. Diante de tais ameaças, as reações instintivas são desencadeadas no corpo e na mente humana (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

O alto nível de estresse gerado pode vir a afetar a capacidade do indivíduo de demonstrar compaixão e empatia, afetando o relacionamento entre o paciente e a equipe. As reações emocionais negativas, podem impactar diretamente na maneira como o profissional maneja o conflito, levando-o a fazer um maior uso de medidas coercivas (DRACH-ZAHAVY *et al.*, 2012).

Um outro importante apontamento com relação às emoções despertadas diante do comportamento conflituoso tem relação com o uso da técnica de desescalamento verbal, como uma conduta preventiva ao uso da contenção. Tal técnica tem como premissa básica a manutenção da tranquilidade e uma postura neutra. Emoções agudas criam padrões faciais e gestuais, alteram o tom de voz, e podem prejudicar o sucesso da abordagem verbal (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

Conclui-se que os profissionais devem ficar atentos aos sentimentos que sentem ao abordar o paciente, pois, as emoções agudas e o medo atrapalham sua eficiência. A equipe deve utilizar estratégias para controlar suas reações emocionais negativas, favorecendo o uso de abordagens menos coercitivas, ao mesmo tempo que reduzem seu próprio sofrimento emocional (RICHMOND *et al.*, 2012).

5.5 A CRENÇA DE QUAL O MELHOR MANEJO DO COMPORTAMENTO CONFLITUOSO

De uma maneira quase consensual os profissionais apontaram o manejo verbal como a abordagem de primeira escolha no manejo dos pacientes com comportamento conflituoso. Tal construção se respalda na literatura que aponta para uma tendência, de que os métodos tradicionais de manejo de pacientes agitados, como contenção e medicação involuntária, fiquem em segundo plano, diante de abordagens menos coercitivas. Os profissionais relataram que a experiência profissional demonstra que quando realizadas com um real comprometimento, tais abordagens frequentemente são bem-sucedidas (RICHMOND *et al.*, 2012).

Normalmente esse novo paradigma de abordagem se pauta em três etapas: a mobilização verbal do paciente, o estabelecimento de uma relação, e por fim o paciente é verbalmente desescalado de seu comportamento conflituoso (RICHMOND *et al.*, 2012).

Neste estudo não foi citado pelos profissionais o uso de técnicas conscientes de desescalada verbal, sugerindo que os profissionais as desconheçam, embora façam uso da abordagem verbal e o estabelecimento de contato com o paciente no momento da crise por meio dela.

As técnicas não coercitivas de forma geral têm quatro justificativas. A primeira diz respeito ao fato de que ao agir fisicamente sobre um paciente, ele passa a entender que o uso da violência é uma forma aceitável de se resolver um conflito, o que provavelmente é antagônico ao trabalho que está sendo realizado em seu tratamento, que busca por formas mais funcionais de resposta. Por outro lado, o desescalamento por si só já é um tratamento. Em segundo lugar, o uso do desescalamento verbal, melhora o relacionamento profissional/paciente, diminuindo o uso de contenções, o tempo de internação, e o número de internações. Destaca-se que o uso de contenções tem sido associado a um prolongamento do tempo de internação. Em terceiro lugar, as baixas taxas de contenção são um indicador da qualidade do serviço. E, por fim, os pacientes e os profissionais têm menos probabilidades de se lesionarem quando evitam o confronto físico (RICHMOND *et al.*, 2012).

Apesar de serem priorizadas as técnicas de abordagem verbal, assim como os profissionais deste estudo relataram, outros estudos apontaram que o uso de meios coercitivos pode ser necessário para garantir a segurança de profissionais e de pacientes (RICHMOND *et al.*, 2012).

A contenção física é um procedimento relativamente comum nos ambientes de Psiquiatria. Um amplo estudo inglês monitorando 136 enfermarias psiquiátricas de pacientes agudos no Reino Unido encontrou índices de 28 contenções por mês a cada 100 leitos. A contenção física foi utilizada na recusa de medicação, a fim de facilitar a medicação intramuscular forçada, na tentativa de fuga, além do comportamento agressivo. Ou seja, seu uso tem como objetivo a imposição da detenção e do tratamento, e o controle de agressividade. (BOWERS, 2012)

Bigwood e Crowe (2008) concluíram em um estudo fenomenológico com profissionais que realizaram o procedimento de contenção, que estes, apesar de compreenderem a necessidade do uso da contenção, se sentem desconfortáveis com o seu uso, e afirmaram ter preocupações éticas em relação à contenção, além de um desejo de tentar realizar um procedimento com o máximo de humanidade possível.

5.6 AUTOPERCEPÇÃO DA CAPACIDADE PROFISSIONAL

O último componente essencial que emerge da fala dos profissionais diz respeito à sua autopercepção em relação à capacidade do profissional de atuar junto aos pacientes de saúde mental. Três aspectos que apesar de aqui serem citados separadamente, têm forte relação entre si, foram identificados: o domínio técnico, o processo de aprendizagem e o nível de segurança para atuar junto ao paciente psiquiátrico.

O domínio técnico diz respeito ao quão fixado e repleto são as habilidades individuais de relacionamento interpessoal e a capacidade de resposta que o profissional possui para lidar com o paciente em conflito. Qual o seu nível de capacidade de acolher a angústia e agressividade dos pacientes (BOWERS, 2014b).

Bowers (2014a) apontou que a redução das taxas de contenção passa por uma intervenção que produza uma mudança na compreensão psicológica dos transtornos, nos compromissos morais, na regulação emocional, na apreciação positiva, no domínio técnico e no trabalho em equipe. Para tal, existem dois caminhos, sendo o primeiro a implantação de um programa baseado em educação, treinamento e supervisão clínica. Mas, assim como ressaltaram os profissionais entrevistados neste estudo, que apontaram os colegas como sua principal fonte de conhecimento, é possível que as mudanças ocorram por meio dos próprios profissionais do serviço.

A insegurança e a desconfiança nos ambientes psiquiátricos podem levar ao uso de estratégias de defesa também agressivas, com consequente uso de abordagens coercitivas. A maior justificativa para o uso da contenção é o controle do ambiente e manutenção da segurança. O resultado pode ser a produção de violência por parte do paciente, devido aos sentimentos de raiva e vingança, por considerar-se injustiçado e submetido aos maus-tratos. Tal contexto gera hostilidade e consequentemente insegurança (HAUGVALDSTAD; HUSUM, 2016).

Este estudo apontou que sentimentos de segurança diante do paciente em crise são relacionados às experiências anteriores bem-sucedidas, apreciação positiva e retaguarda da equipe. Nesse sentido, Bowers (2014a) pontuou que a segurança diante de um paciente enfurecido pode ser alcançada por meio de um diálogo de controle interno. Autoafirmações Positivas, lembrando a si mesmo sobre a capacidade de lidar com a situação, que já o fez antes, que foi treinado para isso, e em especial, que tem uma equipe presente e pronta para apoiá-lo.

Em especial, o sentimento de segurança pode ser promovido pela retaguarda e confiança no trabalho em equipe. A coerência na forma como os profissionais se apoiam na prática do serviço e o suporte psicológico que fornecem dentro e fora da cena é um determinante para a construção de um profissional seguro. Na prática, a equipe e seus membros devem mostrar consistência na aplicação do funcionamento interno pactuado com os usuários. Além de compromisso moral e ético, especialmente com a honestidade, mesmo quando seja difícil, e coragem para se colocar diante dos usuários nos momentos em que as medidas restritivas se fizerem necessárias (BOWERS, 2014b).

Além disso, a equipe promove a consistência da estrutura interna, afirmando e aplicando os princípios do funcionamento aos usuários. Coerência que deve ser mantida ao longo do tempo, entre a equipe e entre os próprios usuários. Tudo isso ajuda a legitimar a estrutura interna do ponto de vista dos usuários, apoiando o autocontrole e reduzindo qualquer sensação de injustiça, e consequentemente de raiva.

As pesquisas relacionadas à experiência clínica e ao uso de intervenções menos restritivas são inconclusivas. Porém, os profissionais menos experientes tendem a ser mais comumente vítimas de violência. O treinamento de estratégias de manejo com ação sobre a progressão do comportamento agressivo tem impacto na redução dos episódios de contenção (GEROLAMO, 2006).

5.7 OUTRAS QUESTÕES PARA A DISCUSSÃO

O cuidado em liberdade, promovido por dispositivos assistenciais descentralizados, integrados ao território e tendo como norte a reabilitação psicossocial é o novo paradigma da saúde mental, e a tais princípios não cabe discussão, a não ser no caso do aprimoramento desse modelo e sua conseqüente evolução.

Porém, a atenção à crise, em especial quando esta tem no comportamento conflituoso sua forma de apresentação, ainda é um desafio e não a discutir é desconsiderar o sofrimento e a angústia de pacientes e profissionais que a vivenciam. Durante a revisão da literatura realizada percebe-se que a maioria das estratégias indicadas pelos autores para prevenir, reduzir ou acabar com as práticas coercitivas, envolveu as intervenções sociais e as políticas complexas.

Os programas estruturados de redução de medidas coercitivas são uma realidade no mundo e já demonstraram a eficiência naquilo que se propõem (BOWERS, 2014b; BOWERS, 2015; PUTKONEN *et al.*, 2013). A implantação de tais programas exige a disposição e o aporte financeiro, dos quais quando se pensa no orçamento destinado ao financiamento da rede de saúde mental brasileira e sua expansão, estão aquém do necessário.

A alternativa seria sensibilizar e mobilizar os pares para o tema, além da elaboração de protocolos que possibilite a mudança no manejo dos pacientes nos serviços. No entanto, não se encontram na literatura relatos de experiências similares na rede de saúde mental do município, onde se localiza o campo da pesquisa, nem tão pouco em outra rede de saúde mental brasileira.

A RPB, assim como na Argentina e na Espanha tem inspiração na Psiquiatria democrática italiana, e na Lei 180. Naquele país a rede de atenção à crise é composta por dois tipos de serviço os Centros Comunitários de Saúde Mental ativos 24 horas por dia, sete dias por semana, e as unidades psiquiátricas de hospitais gerais, o *Servizio Psiquiatrico di Diagnosi e Cura* (FIORITTI; AMADDEO, 2014).

Assim como no Brasil, na Itália a rede assistencial local é fruto da relação entre o Governo Federal e o Governo Regional, produzindo diferentes tipos de assistência, quando se pensa na realidade de cada local, no que pese, o Brasil essa diferença é maior, dada a dimensão geográfica. Na Itália como um todo a relação entre os centros comunitários de saúde mental por residente é de aproximadamente um estabelecimento para cada 80.460 habitantes. Somente na cidade de Trieste são quatro centros comunitários de saúde mental, cada um cuidando de uma área de abrangência de 50.000 a 65.000 habitantes, todos abertos 24 horas por dia, com quatro a oito leitos de pernoite cada. O cenário deste estudo foi um CAPS tipo III, serviço similar ao

Centro Comunitário Italiano, também com funcionamento 24, porém, referenciando uma população de 300 mil habitantes (MEZZINA, 2014; PICARDI *et al.*, 2014).

Picardi *et al.* (2014) mostraram que em 2002, havia um total de 4.113 leitos públicos psiquiátricos agudos de curta duração na Itália (excluindo a Sicília), divididos em 266 unidades psiquiátricas de hospitais gerais, com um total de 3.498 leitos, 23 clínicas psiquiátricas universitárias, com 399 leitos e 16 centros comunitários de saúde mental 24 horas, com 98 leitos, com média de internação de 18,5 dias nas clínicas universitárias e 12 dias nas unidades psiquiátricas de hospitais gerais. Já na rede cenário deste estudo, mesmo diante de uma demanda crescente, os serviços similares inexistem. O que talvez indique a não expansão da rede de saúde mental no país, no que concerne a abertura de serviços, contratação de profissionais capacitados e capacitação constante dos trabalhadores da rede, e, por fim, na estagnação do modelo que não avança em relação a ampliação de um modelo gestado para estar em constante construção, apesar da maioridade da lei da RPB.

Barreto (2004) reconheceu os CAPS brasileiros como uma magnífica realização, como parte da rede de saúde mental, com reconhecimento internacional. Porém, pontuou que os CAPS são bem planejados para a maior parte das crises psiquiátricas, mas não para todas. Existe uma pequena parte das quais estruturalmente o serviço não dá conta, não por falta de treinamento, mas por falta de estrutura. Alguns casos comprometem o que o CAPS tem a oferecer, e não beneficiam o paciente. A inexistência de uma barreira entre o impulso e o ato, a medida que o paciente está desprovido do real e do simbólico, na ausência do real passa ao ato. Conclui-se que é preciso se discutir que existem diferentes tipos de urgência na Psiquiatria.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou para uma experiência única, marcante, que gerou emoções agudas, por vezes antagônicas e duradouras, e pouco discutidas. A saúde mental é penosa também para quem nela atua, e os profissionais em algumas ocasiões se veem na cena do cuidado sem capacitação e suporte. Conclui-se que dois pontos principais merecem ser objetos de exaustiva discussão, tendo como horizonte uma atenção à crise psiquiátrica com comportamento conflituoso com a eficiência e a segurança para os pacientes e os profissionais.

O primeiro diz respeito ao preparo da equipe para atuar diante do paciente em crise. A literatura revisada mostra que uma estratégia que impacta na melhoria do manejo do comportamento conflituoso deve contemplar entre outros pontos: a mudança na forma como os profissionais compreendem e explicam a origem do comportamento conflituoso; como regulam suas próprias emoções; a melhora nas habilidades de abordagem verbal e de relacionamento interpessoal com o paciente; o fortalecimento de seus compromissos morais como a coragem, a honestidade, a humanidade, entre outros; desenvolvimento de uma apreciação positiva em relação a estar junto ao paciente e, principalmente, uma estrutura interna com mais liberdade.

O segundo ponto diz respeito à própria rede de atenção à crise. Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de uma rede territorial com um maior quantitativo de serviços por população. Além disso, devem ser equipados em estrutura física e de pessoal, a fim de permitir a implantação de estratégias que busquem a qualificação da equipe para a atenção à crise com o comportamento conflituoso associado.

Talvez avançar no modelo da estrutura física, e de ambiência para os serviços de saúde mental, em especial o CAPS, seja uma estratégia interessante, pois é comum que os municípios façam a locação de casas que não são projetadas para serem serviços de saúde mental, tão pouco de saúde, e que se mostram em pouco tempo esgotadas em relação as possibilidades de adequação para o atendimento das necessidades dos usuários, dos serviços e de seus trabalhadores.

Para além dessa questão, não se conseguiu, enquanto política, avançar no que tange ao número de leitos de saúde mental no hospital geral e seu financiamento, tão pouco nos hospitais universitários, com raras exceções. Ainda se trabalha com Centros de Convivência que não incluem pessoas da comunidade nas suas atividades, como uma forma de redução de estigma e preconceito diante do usuário da saúde mental, que circula na cidade com a autonomia na autogestão do cuidado.

Retrocede-se em relação à entrada das comunidades terapêuticas, que apesar de não serem serviços de saúde, como parte da RAPS. E, conseqüentemente, perde-se financiamento para aquele dispositivo, que no Brasil se conforma como o local religioso de exclusão, e tratamento com horizonte terapêutica da abstinência, deixando de lado as evidências científicas que amparam a redução de danos, como uma estratégia potente no cuidado aos usuários de substâncias, apesar das constantes denúncias de maus tratos e violação de direitos humanos, atestadas inclusive pelo Ministério Público.

Ainda se trabalha, em alguns serviços, com a lógica manicomial da ocupação por ocupação, e da permanência no pátio, representação máxima da lógica manicomial, enquanto um lugar para que os usuários permaneçam e não ‘tumuluem’ o serviço, associada ao não cumprimento da oferta de oficinas pelos trabalhadores do serviço por justificativas diversas, com especial enfoque na falta de tempo diante das atividades do serviço. Fato que remete, em alguns casos, à fragilidade da formação e a capacitação de profissionais na graduação, especialização, e no nível médio para o trabalho em saúde mental.

Tem-se dificuldade em tornar visível e ‘transmutar’ a figura do paciente para o usuário da saúde mental, referenciado para a atenção básica enquanto um usuário do SUS, e não apenas um ‘paciente da saúde mental’, que deve se reportar ao serviço no território apenas para renovar receitas ou ser medicado, e se possível evitado, não sendo reconhecido pelo serviço como um cidadão que tem direito à saúde e ao acesso a outras redes de assistência quando adoecido.

São questões que se observadas de forma isolada mobilizam-se em direções diversas, mas que, ao pensar no problema em questão, no manejo de uma pessoa adoecida em agitação psicomotora e com o comportamento desafiador e agressivo direcionado a outrem ou a si mesmo, encontram ressonância na forma e nas condições em que essa pessoa está no serviço, na comunidade, nas redes de atenção e na vida, e como os trabalhadores do cuidado em saúde mental se apresentam para o cuidado.

De forma lenta e incipiente discutem-se as questões relacionadas ao trabalho em saúde mental, considerando os indicadores epidemiológicos, os determinantes sociais em saúde e em saúde mental, os cuidados primários em saúde mental, as vulnerabilidades associadas, pontos que interferem no trabalho em ato, no fazer do cotidiano e no desenvolvimento de uma linha de cuidado em saúde mental, que se quer virtuosa e não reproduza a ‘porta giratória’ do manicômio nos serviços territoriais.

Aos pesquisadores e trabalhadores cabe pensar que esses pontos e fragilidades elencados são ruídos presentes no cotidiano do trabalhador do cuidado em saúde mental e na vida da

pessoa/paciente/usuário da saúde mental no momento em que ele acessa a rede de cuidados. Os ruídos do cotidiano interferem na integralidade do cuidado, no manejo da crise, na possibilidade de tomar decisões assertivas e seguras, e no momento decisório pela contenção ou não de um paciente.

É necessário intervir de forma propositiva com as ações educativas e o planejamento de ações que abordem a coerção direcionada aos usuários da saúde mental pelos trabalhadores do cuidado, para que essas possam ser identificadas como tal por eles, e não reduzidas a cuidados para manter a integridade do paciente.

Se faz desejável que a decisão da equipe pela contenção, uma das expressões coercitivas comuns nos serviços de saúde mental de urgência, tal qual expressa pelos trabalhadores ouvidos, não viole os direitos humanos, e tão pouco fundamentais dos sujeitos do cuidado, mas que diante do risco de agressão e violência, em suas diferentes expressões, seja resguardado o direito ao trabalho seguro, pois os trabalhadores da saúde mental, também devem ser reconhecidos como sujeitos de direitos e de cuidado nos serviços de saúde.

Por fim é sabido das limitações do método fenomenológico. Sabe-se que a estrutura geral de significado psicológico que se elaborou tem um caráter generalizável, mas não universal, tão pouco apodítico. Carecem de verificação e nem todos os aspectos que se encontram foram abordados na literatura revisada. Porém, ficou claro a importância de estudos de abordagem qualitativa sobre o tema, em especial a abordagem fenomenológica. A literatura que se revisou ao se utilizar de outras metodologias contribuíram em outros aspectos para a compreensão do tema, entretanto, não exploraram de fato como o fenômeno foi vivenciado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A Constituição do Paradigma Psiquiátrico. In: AMARANTE, P. (Org.). **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003. p. 9-22. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-599501>. Acesso em: 16 jun. 2022.

ASIKAINEN, J. *et al.* Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v. 34, n. 5, p. 412-420, oct. 2020. DOI: 10.1016/j.apnu.2020.07.013

BACH, M.; KERZNER, L. **A new paradigm for protecting autonomy and the right to legal capacity**: advancing substantive equality for persons with disabilities through law, policy and practice. Toronto: Law Commission of Ontario; 2010. Disponível em: <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2010/11/disabilities-commissioned-paper-bach-kerzner.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BARRETO, F. P. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum livros, 2010.

BICUDO, M. A. V. A pesquisa qualitativa fenomenológica: Interrogação, descrição e modalidades de análise. In: BICUDO, M. A. V. A. (Org.). **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 41-74. Disponível em: http://www.mariabicudo.com.br/resources/CAPITULOS_DE_LIVROS/Pesquisa%20qualitativa%20fenomenologia.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

BICUDO, M. A. V. Sobre a Fenomenologia. In: BICUDO, M. A. V.; ESPOSITO, V. H. C. (Org.). **Pesquisa qualitativa em educação**: um enfoque fenomenológico. Piracicaba: UNIMEP, 1994. p. 15-22. Disponível em: <http://www.mariabicudo.com.br/resources/LIVROS/PESQUISA%20QUALITATIVA%20EM%20EDUCACAO%20UM%20ENFOQUE%20FENOMENOLOGICO.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BIGWOOD, S.; CROWE, M. 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 17, n. 3, p. 215-222, jun. 2008. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x

BOWERS, L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. **Psychiatric Services**, Washington, v. 60, n. 2, p. 231-239, feb. 2009. DOI: 10.1176/ps.2009.60.2.231

BOWERS, L. *et al.* Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 354-364, may 2014a. DOI: 10.1111/jpm.12085

BOWERS, L. *et al.* Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. **Issues in Mental Health Nursing**, New York, v. 30, n. 4, p. 260-271, apr. 2009. DOI: 10.1080/01612840802710829

BOWERS, L. *et al.* Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 52, n. 9, p. 1412-1422, sep. 2015. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

BOWERS, L. *et al.* Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The tompkins acute ward study. **International Journal of Social Psychiatry**, London, v. 53, n. 1, p. 75-84, jan. 2007. DOI: 10.1177/0020764007075011

BOWERS, L. Reasons for admission and their implications for the nature of acute inpatient psychiatric nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 12, n. 2, p. 231-236, apr. 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00825.x

BOWERS, L. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 21, n. 6, p. 499-508, aug. 2014b. DOI: 10.1111/jpm.12129

BOWERS, L. *et al.* Manual restraint and shows of force: The City-128 study. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 21, n. 1, p. 30-40, feb. 2012. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00756.x

BRANCO, P. C. C. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: Percursos históricos e metodológicos. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 20, n. 2, p. 189-197, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200006. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. **Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852**. Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Brasília: Senado Federal, 1852. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/390906/publicacao/15774684>. Acesso em: 16 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 08/Junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf Acesso em: 02 jul. 2022.

BROMLEY, J.; EMERSON, E. Beliefs and emotional reactions of care staff working with people with challenging behaviour. **Journal of Intellectual Disability Research**, New Jersey, v. 39, n. 4, p. 341-352, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1995.tb00526.x> Acesso em: 02 jul. 2022.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4553274/mod_resource/content/2/Texto%20Resposta%20a%20crise.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

DRACH-ZAHAVY, A. *et al.* Control: Patients' aggression in psychiatric settings. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 22 n. 1, p. 43-53, jan. 2012. DOI: 10.1177/1049732311414730

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: Ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4553274/mod_resource/content/2/Texto%20Resposta%20a%20crise.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

FIORITTI, A.; AMADDEO, F. Community mental health in Italy today. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 202, n. 6, p. 425-427, jun. 2014. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000139

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GEROLAMO, A. M. The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v. 20, n. 4, p. 175-185, aug. 2006. DOI: 10.1016/j.apnu.2005.12.005

GIORGI, A.; SOUSA, D. **Método fenomenológico de investigação em psicologia**. Lisboa: Fim de Século, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOODING, P.; MCSHERRY, B.; ROPER, C. Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 142, p. 27-39, jul. 2020. DOI: 10.1111/acps.13152

HASTINGS, R. P.; REMINGTON, B. Rules of engagement: Toward an analysis of staff responses to challenging behavior. **Research in Developmental Disabilities**, New York, v. 15, n. 4, p. 279-298, jul./aug. 1994. DOI: 10.1016/0891-4222(94)90008-6

HAUGVALDSTAD, M. J.; HUSUM, T. L. Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. **International Journal of Law and Psychiatry**, Elmsford, v. 49, n. Pt A, p. 130-137, sep./dec. 2016. DOI: 10.1016/j.ijlp.2016.09.001

HEALTHCARE COMMISSION. **National Audit of Violence (2003–2005)**. London: Healthcare Commission, 2005.

HENRIQUES, B. D. **Significados e vivências dos pais e responsáveis sobre o filho usuário de crack e outras drogas: Uma abordagem fenomenológica**. 2014. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9PHK6M/1/tese_vers_o_final_pdf.pdf Acesso em: 16 jun. 2022.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 150-160, jan./dez. 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773015>. Acesso em: 16 jun. 2022.

KONDO, É. 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**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, abr. 2011. DOI: 10.1590/S0080-62342011000200028

LEGGETT, J.; SILVESTER, J. Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. **British Journal of Clinical Psychology**, Letchworth, v. 42, n. Pt 4, p. 393-406, nov. 2003. DOI: 10.1348/014466503322528937

LOREM, G. F.; HEM, M. H.; MOLEWIJK, B. Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. **International Journal of Mental Health Nursing**, Carlton, v. 24, n. 3, p. 231-240, jun. 2015. DOI: 10.1111/inm.12106

MAFTUM, M. A.; STEFANELLI, M. C. O uso das técnicas de comunicação terapêutica na relação interpessoal com o doente mental. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 69-74, jul./dez. 2000. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/44889/27324#:~:text=A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20terap%C3%AAutica%20%C3%A9%20preconizada,confian%C3%A7a%20e%20de%20auto%2Destima>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MEZZINA, R. Community mental health care in trieste and beyond. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 202, n. 6, p. 440-445, jun. 2014. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000142

MONTEIRO, C. B.; SOUSA, C. A. C. O paciente que manifesta agressividade na internação psiquiátrica: A representação do enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 439-447, dez. 2004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v8n3a15.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2022.

NEEDHAM, I. *et al.* Non-somatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 49 n. 3, p. 283-296, feb. 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x

RAMOS, F. P.; NOVO, H. A. Mídia, violência e alteridade: Um estudo de caso. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 491-497, dez. 2003. DOI: 10.1590/S1413-294X2003000300016

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Rede de Atenção Psicossocial de Belo Horizonte (RAPS-BH) / Política de Saúde Mental em BH**. Belo Horizonte: PBH, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>. Acesso em: 02 nov. 2022.

PUTKONEN, A. *et al.* Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. **Psychiatric Services**, Washington, v. 64, n. 9, p. 850-855, sep. 2013. DOI: 10.1176/appi.ps.201200393

RICHMOND, J. S. *et al.* Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project BETA de-escalation workgroup. **The Western Journal of Emergency Medicine**, Orange, v. 13, n. 1, p. 17-25, feb. 2012. DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6864

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: Que papel é esse?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te corá, 1994.

ROSE, D. *et al.* Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. **BJPsych International**, London, v. 14, n. 3, p. 59-61, aug. 2017. DOI: 10.1192/s2056474000001914

SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. Relatos de coerção e manifestação do imaginário social da loucura por familiares e usuários da saúde mental no momento da internação. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 34, n. 3, p. 502-510, dec. 2016. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n3a09

SZMUKLER, G. Compulsion and "coercion" in mental health care. **World Psychiatry**, Milan, v. 14, n. 3, p. 259-256, oct. 2015. DOI: 10.1002/wps.20264

PICARDI, A. *et al.* Monitoring and evaluating the Italian mental health system. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 202, n. 6, p. 451-459, oct. 2014. DOI: 10.1097/nmd.0000000000000144

PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. 1. ed. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

TAVARES, R. R.; PEDRÃO, L. J. Análise comparativa da opinião de enfermeiros de diferentes unidades psiquiátricas sobre a pessoa em sofrimento psíquico. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 75-86, 2003. DOI: 10.5380/ce.v8i2.1697

WEINER, D. B. **Comprender y curar:** Philippe Pinel (1745-1826) - la medicina de la mente. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Coerção, comportamento ameaçador e violento na crise psiquiátrica, contexto e atuação na visão de pacientes e profissionais, aprovado(a) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com coparticipação, e aprovação do Comitê de ética institucional, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Você foi escolhido por ter atuado durante o manejo de crise psiquiátrica, na qual o paciente exibia comportamento ameaçador e violento, em um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) de Belo Horizonte.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Objetivo

O objetivo deste estudo é compreender o significado e a vivência de profissionais e usuários no contexto da crise psiquiátrica quando manifesta com comportamento ameaçador e violento por parte do paciente.

Da participação na pesquisa

Sua participação não é obrigatória. Você também poderá desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.

Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados

As entrevistas serão gravadas e orientadas por oito perguntas abertas sobre o significado e a vivência que você deu a esse momento. Depois, os dados obtidos serão transcritos e as informações coletadas utilizadas para a elaboração de material científico que venha a contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado e suporte prestado aos usuários dos serviços de saúde mental.

Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa

Seu envolvimento nesta pesquisa consistirá em permitir a coleta de dados. O risco geral é mínimo, pois a entrevista pode gerar algum desconforto relacionado a invasão de sua privacidade e/ou temor com relação a divulgação do seu nome, porém é garantido que todo esforço será feito para manutenção do sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados.

Algumas questões podem lhe trazer lembranças ruins, se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. Sua participação neste estudo não implica em nenhum risco físico.

Descrição dos benefícios da pesquisa

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar uma melhor compreensão do contexto do manejo da crise psiquiátrica, identificando possíveis lacunas na formação dos profissionais, levando a estruturação de futuros programas de educação permanente sobre o tema. A introdução da perspectiva do usuário busca capturar a opinião comumente ignorada nos estudos sobre o tema. Percepção e opinião essa, que tem contribuição essencial na construção de novas formas de se atuar em tais situações.

Despesas, compensações e indenizações

Nenhum dos voluntários receberá pagamento ou benefício pessoal por sua participação no projeto. É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial.

Direito de confidencialidade

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Depois dessa entrevista o que será avaliado são as suas respostas. Não haverá identificação das pessoas por nomes, apenas por números. As informações obtidas através dessa pesquisa poderão ser divulgadas em encontros científicos como congressos, ou em revistas científicas, mas não possibilita sua identificação, desta forma garantimos o sigilo. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após esse período, os arquivos serão destruídos.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados.

Algumas questões podem lhe trazer lembranças ruins, se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. Sua participação neste estudo não implica em nenhum risco físico.

Descrição dos benefícios da pesquisa

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar uma melhor compreensão do contexto do manejo da crise psiquiátrica, identificando possíveis lacunas na formação dos profissionais, levando a estruturação de futuros programas de educação permanente sobre o tema. A introdução da perspectiva do usuário busca capturar a opinião comumente ignorada nos estudos sobre o tema. Percepção e opinião essa, que tem contribuição essencial na construção de novas formas de se atuar em tais situações.

Despesas, compensações e indenizações

Nenhum dos voluntários receberá pagamento ou benefício pessoal por sua participação no projeto. É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial.

Direito de confidencialidade

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Depois dessa entrevista o que será avaliado são as suas respostas. Não haverá identificação das pessoas por nomes, apenas por números. As informações obtidas através dessa pesquisa poderão ser divulgadas em encontros científicos como congressos, ou em revistas científicas, mas não possibilita sua identificação, desta forma garantimos o sigilo. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após esse período, os arquivos serão destruídos.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados.

Algumas questões podem lhe trazer lembranças ruins, se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. Sua participação neste estudo não implica em nenhum risco físico.

Descrição dos benefícios da pesquisa

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar uma melhor compreensão do contexto do manejo da crise psiquiátrica, identificando possíveis lacunas na formação dos profissionais, levando a estruturação de futuros programas de educação permanente sobre o tema. A introdução da perspectiva do usuário busca capturar a opinião comumente ignorada nos estudos sobre o tema. Percepção e opinião essa, que tem contribuição essencial na construção de novas formas de se atuar em tais situações.

Despesas, compensações e indenizações

Nenhum dos voluntários receberá pagamento ou benefício pessoal por sua participação no projeto. É garantida indenização em casos de danos, comprovadamente, decorrentes da sua participação na pesquisa, por meio de decisão judicial ou extrajudicial.

Direito de confidencialidade

Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo. Depois dessa entrevista o que será avaliado são as suas respostas. Não haverá identificação das pessoas por nomes, apenas por números. As informações obtidas através dessa pesquisa poderão ser divulgadas em encontros científicos como congressos, ou em revistas científicas, mas não possibilita sua identificação, desta forma garantimos o sigilo. Segundo a resolução CNS 466/12, cabe ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Após esse período, os arquivos serão destruídos.

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

Comitê de Ética da UFMG-COEP
Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha
Administrativa II, 2º andar, sala 2005. Belo Horizonte - MG.
Tel.: (31) 3409-4592.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.
Rua Frederico Bracher, 103/3º andar, Padre Eustáquio-CEP: 30.720-000, Belo Horizonte MG.
Tel.: (31) 3277.5309.
E-mail: coep@pbh.gov.br

Consentimento

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino. Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2022

Nome entrevistado: _____

Assinatura do entrevistado que quer participar da pesquisa

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

Nome pesquisador: _____

Assinatura pesquisador

Assinatura pesquisador

Assinatura entrevistado

APÊNDICE B – Roteiro de entrevistas

Profissão:

Idade:

Sexo:

Tempo de formação:

Tempo de atuação na saúde mental:

Formação específica em saúde mental:

Roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais:

1- Você já atuou na abordagem a pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência durante essa situação.

2- O que você acredita que desencadeia tal comportamento?

3- Quais os sentimentos esse momento te despertou?

4- Qual foi a sua atitude diante do comportamento ameaçador ou violento?

5- Como você avalia sua atuação em relação ao paciente com comportamento agressivo?

6- Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

7- Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria?

8- Diante de situações de agressividade e violência, como você avalia a situação quando não está envolvido?

APÊNDICE C – Transcrição das entrevistas

Profissional 1 - P1

Profissão: Técnica de enfermagem

Idade: 36 anos

Sexo: Feminino

Tempo de profissão: 7 anos

Tempo de atuação na saúde mental: 6 anos

Formação específica em saúde mental: não

Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.

Sim. Já vi várias. Mas a que foi mais marcante, assim, foi com um paciente que chegou alterado por que tinha passado a noite usando entorpecentes. E tinha três pessoas na sala de medicação e ele já chegou abordando que queria roupa para tomar banho e chamando a gente vagabunda, essas coisas. Então aí eu já, já falei que não era dessa forma que falava com profissional e tudo. Ele continuou falando até que a gente separou roupa e tudo e colocou ele para tomar banho. Aí depois ele implicou com a roupa de enxugar, e ele começou a bater nas coisas na sala de medicação. E as duas amigas que estavam lá dentro, assim, por serem mais mais velhas né, ficaram com medo e mais recuado, eu tentei sair da sala de medicação e o paciente me empurrou em cima das Bombas de oxigênio né. Nisso eu levantei, tentei sair de novo até que ele me pegou pela traqueia e começou a apertar. Nisso eu tinha que defender, aí eu peguei ele de modo a me defender também. Como ele era muito agressivo, já tinha ocorrência de agressividade contra a esposa, e ninguém bateu de frente com ele como eu bati, é... Eu falei que ia chamar a polícia, fazer uma ocorrência que aquilo não podia ficar daquela forma. E ele saiu fugido do serviço, aí eu fiz ocorrência. Ele voltou com duas facas e quis entrar no serviço, e falou que era para mim. E me colocaram numa salinha, porque não queria aquela né, que acontecesse de bater de frente, aquela coisa toda. Porque no momento que você é agredido também você é ser humano, então você fica mais corajoso assim né, você não liga se a pessoa vai entrar, se vai fazer alguma coisa, eu falei que podia deixar ele entrar. Mas não deixaram tal. E quando ele entrou e foi conversar com gerente do serviço e falou que não ia voltar lá, porque eles contratavam pessoas que tem problema mental, ele não ia voltar. Porque ele nunca tinha apanhado, ele sempre bate na esposa dele, nunca tinha apanhado e nesse dia ele apanhou de mulher. E ele não ia voltar lá. Ele ficou 2 meses sem voltar no serviço e quando ele voltou ele pediu desculpa e falou que depois tinha pensado no que tinha feito e ele não tava certo, mas foi uma coisa que marcou sim.

Qual Sentimento esse momento te despertou?

Eu, eu acho que em momento nenhum é... desperta raiva, nem nada disso. Depois a gente até ficou muito próximo, ele passou uma referência muito grande comigo. Todo mundo que entrava no serviço ele falava “olha não mexe com ela, porque ela é uma pessoa boa e tudo, mas se ela ficar nervosa, ela demonstrou que ela é igual, ela igual a gente mesmo, ela é ser humano. Então é... essa daí melhor não mexer”. Agora em momento nenhum eu tive raiva ou tenho raiva dele, eu tenho... tenho pena, da pessoa. Da gente vê como que o ser humano consegue né, chegar ao extremo. Porque ele era um paciente que ele trabalhava, antes de mexer com droga, ele trabalhava ele tinha uma vida social, ele tinha as coisas dele e quando ele afundou mesmo nas drogas. Ele passou a agredir as pessoas que gostavam dele, que ele gostava, e foi no fundo do poço mesmo. É uma pessoa que hoje não tem mais uma vida social igual já teve.

Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador e violento?

Eu tive que me defender né! Então ele, no momento que ele apertou minha traqueia eu peguei é, na nuca dele e arranhei a nuca dele. Foi o que eu tive de defesa assim, que foi o jeito que ele me largou. Porque no momento que a pessoa tem essa descarga de raiva assim é você pensa “se eu não me defender ele vai fazer alguma coisa mais grave”, né!

Como você avalia sua atuação diante do comportamento ameaçador e violento?

Avaliação dos profissionais? A minha? Foi só essa vez que foi esse mais... chegar a vias de fato mesmo né. Porque depois com tempo, com experiência a gente vê que com manejo é mais fácil. Se a pessoa começou a te agredir com palavras é melhor você sair de perto é melhor você ficar calada. Se você ficar calado é melhor que é porque... ele... não sei se perde a graça ou fica sem graça para ele, se deixa de fazer sentido querer te agredir com palavra e chegar à via de fato então é melhor você deixar para lá. Se fosse para mim voltar atrás eu não tinha falado nada não, tinha tentado sair da sala nem nada, eu tinha deixado ele extravasar da forma dele.

Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Não. Não. Uma coisa que eu aprendi na minha vivência na psiquiatria é que você não deve demonstrar medo para paciente algum. Você demonstra respeito, você demonstra que você tá ali para ele, se ele precisar, no momento dele. Quando ele precisar também tem que saber abordar né. E tem as pessoas que ele pega, eles pegam como referência também, é melhor essas pessoas tentarem abordar. Agora não deve demonstrar medo mesmo, só respeito. É ser humano né a gente tem que respeitar.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

São vários tipos de profissionais né, que a gente vê que ninguém trabalha igual, assim. Às vezes você tem muito carinho. Igual, hoje em dia eu mais... sou mais conversar com o paciente, essas coisas né, abordar verbalmente mesmo. Mas tem uns que não tem paciência, tem uns que não... não tem paciência de ouvir de... de ter carinho mesmo, que a gente vê que o paciente psiquiátrico ele, a única coisa que ele precisa de alguém para ouvir. E tem gente que não tem paciência para isso. E que é mais importante, eles querem alguém que escuta. Escuta o que eles estão passando, que tenta pelo menos demonstrar que tá se importando né, com o que eles estão passando, é isso!

Profissional 2 - P2**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 27 anos**Sexo:** Masculino**Tempo de profissão:** 6 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 2 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Sim. Aqui no (...) tem várias abordagens né, devido a grande quantidade de pacientes. Uma delas, tem um paciente que constantemente ele vem muito agressivo né, quebra o serviço, às vezes tenta agredir os pacientes. E nossa abordagem geralmente é tentando fazer com que ele fique tranquilo, mas ele não consegue né, então a gente pega e... nós tentamos abordagem verbal e depois vamos para abordagem de contenção. Tanto medicamentosa quanto física.

Você se lembra de uma delas de maneira bem detalhada?

Sim, (...)! Muito transtornado, muito nervoso, jogando lixeira pro ar, é... Logo em seguida ele cisma que pacientes estão falando dele e vai para cima do paciente para agredir o paciente. Foi até um pouco complicado, porque pegou o paciente pelo pescoço e uma coisa muito louca né, a gente na tentativa também, vários profissionais em cima para tentar conter, fazer que ele soltasse esse paciente. O paciente não estava nem conseguindo respirar direito né, foi uma contenção que foi feita no chão mesmo e levamos o paciente contido pro leito né, e depois entrou a contenção medicamentosa. Outra foi o paciente (...) que quebrou a portaria do serviço. É... essa foi até mais pesada. O paciente já sempre vinha transtornado ao serviço em uso grande de entorpecente né, cocaína e tal, que ele falava sempre. Ele entrou quebrando o serviço né, jogando tudo, ameaçando funcionários. Paciente muito forte, é... nesse dia da contenção dele aconteceu três contrações seguidas, na mesma hora na verdade. Ele em um certo local e outros pacientes em outro local. Paciente agrediu funcionários sabe, funcionários saíram machucados. É... teve funcionário que teve que ir embora mais cedo por ter sido machucado. É... contivemos o paciente no chão mesmo, foi uma contenção até mais grosseira, e mais pesada, vários profissionais em cima dele, ele chutando e lutando contra a equipe que estava presente, sabe? Foi uma contenção realizada no chão também, e tivemos que levar o paciente já contido para o leito. Administrar a medicação dele no chão. Foi administrado uma ampola de midazolam para apagar mesmo, dormir mesmo, para gente conseguir levar ele para o leito.

O que você acha que desencadeia este tipo de comportamento?

Olha a gente vê várias situações né, o próprio sofrimento do paciente é uma dessa situação. Às vezes o não saber... achar que está... achar não, geralmente estão sozinhos no mundo. E o uso de entorpecente também eu acho, que é o que mais conta assim, desencadeia mesmo, álcool e drogas, o está sozinho, não tem um familiar né. Acho que tem várias situações que desencadeiam isso no paciente.

Quais sentimentos esse momento te despertou?

Olha sinceramente, a princípio quando a gente vê uma situação dessa de quebradeira, a primeira sensação que a gente tem é medo. Não medo do que vai acontecer comigo, mas o medo do jeito que o paciente está. O que ele é capaz de fazer? A gente nunca sabe do que ele é capaz de fazer. Então a gente tem aquela sensação de medo, mas ao mesmo tempo a sensação

de que eu preciso ajudar, sabe. E.. é uma explosão de sentimentos que sempre vem. É... porque não está levando só a vida dele em risco, mas tem demais pacientes, demais profissionais né. E a sensação é, a princípio, é susto, aquele medo, aquela coisa, que você fala “pronto, e agora, como lidar com a situação?” A gente tem a experiência da noite, por exemplo. Pacientes que, às vezes com quatro profissionais, a gente tem que pensar muito bem como fazer e o que fazer. Então são vários, é uma explosão de sentimentos que a gente tem naquele momento.

Qual foi sua atitude diante desse comportamento?

Então à princípio, eu sou muito de me colocar no lugar desse paciente, o paciente tem uma dor, qual é essa dor que o paciente está sentindo? Então geralmente a minha abordagem é chegar próximo e tentar tranquilizar, né. Minha atitude geralmente é essa, chego sempre muito próximo do paciente, sento próximo do paciente tento conversar. Tento puxar um assunto, sabe, perguntar o que mesmo está acontecendo, às vezes eles precisam só de desabafar. Está quebrando tudo! Às vezes precisa só de falar, o que tá acontecendo, do lado de fora do serviço. Então geralmente, a minha..., meu primeiro passo é esse, né. Aí a equipe já tá bem próxima sempre, os demais funcionários também geralmente fazem isso bem que eu vejo. Mas a nossa... a minha primeira atitude é essa, chegar próximo pra gente entender a situação dele.

Como avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo?

Como eu avalio? Olha eu acho que eu me avalio bem nessa, nessa abordagem desse... Porque tem dessa abordagem geralmente muitos me escutam e eu escuto a eles. Então a gente sempre aprende muita coisa, mas eu acho que eu tenho uma boa avaliação nesse sentido.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem? *Então eu avalio, eu sempre vejo abordagem de outros profissionais, por exemplo a sua eu já vi várias, e isso que me fez aprender muito mais. Você procurar entender o quadro, cada situação. Então, eu avalio que não seja ruim, mas eu tenho muito mais a aprender ainda. Isso eu tenho certeza, mas é bacana, boa, consigo bem, aproximar.*

Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria?

Não. É uma... uma... um paciente que eu gosto muito, uma área que eu gosto muito, então eu não me sinto inseguro, insegurança eu não tenho. A gente só fica apreensivo naquela hora que tá aquela quebradeira né, aquela contenção super difícil, que a gente sabe que é uma contenção difícil, a gente fica apreensivo, mas eu gosto muito da saúde mental então não tenho medo.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Olha eu sinceramente eu não tenho que fechar o olho, mas eu também não tento, como eu posso dizer, eu não fecho o olho pra aquela situação, mas eu também não fico prolongando ela, entende. Eu escuto os colegas, discuto a situação. Às vezes a gente, em momentos depois, a gente tenta conversar, até com o paciente ou com algum funcionário sobre o ocorrido, tranquilizar e tal, mas eu não fico prolongando aquela situação não, sabe. Sei, chegou, aconteceu, conversa sobre, mas pronto, finaliza ali. Então eu não tô presente, mas eu não deixo ela de lado, mas eu também não coloco a lenha na fogueira ali.

Quais as dificuldades você identifica em relação ao manejo desse tipo de paciente?

As dificuldades.. Olha as dificuldades tem muita né! Por que a gente não tem... Por ser uma rede SUS a gente não é um serviço muito bem estruturado, tem muita coisa que deixa a desejar. Nós funcionários temos que nos virar e resolver, sabe? Então, inúmeras.

O que você acha que ajuda?

O que ajuda? Uma coisa que eu que começaria ajudando, quadro de funcionários, uma coisa que é um problema no serviço né, é pouquíssimos funcionários. Hoje por exemplo a gente tá com dois funcionários na assistência e um no posto, então ao todo dentro do serviço tem três, porque um está na rota, rota demora muito. Uma quantidade maior de funcionários auxiliaria, devido a quantidade de pacientes que nós temos. Com quadro de funcionários já iria iniciar ali uma, uma... um quadro de melhora para o serviço, não só aqui, mas nos demais né. Todos os serviços públicos precisam, pelo fluxo de pacientes. Né, e demais coisas né. Acho que sempre uma roda de conversa talvez, uma orientação de como lidar com determinadas situações até mesmo coisas que acontecem no serviço, “a de fulano foi muito complicado” leva ali pra roda de conversa. Pra todo mundo colocar o ponto de vista e às vezes ali cada um vai pegando o ponto de vista um do outro e melhora muito, sabe? E o quadro de funcionários, muito escasso pra gente.

Profissional 3 - P3**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 54 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 13 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 10 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Já. A experiência é que a gente aborda o paciente né, qual, que ele chega em crise, a gente já faz abordagem, encaminhamento dele pro leito, mas com outros funcionários. A gente tenta de início né, quando é autorizada a contenção pelos técnicos, pelo médico até. A gente faz esse tipo de abordagem inicialmente com quatro pontos né. Dependendo muito da situação do paciente é o jeito né, o grau da crise também né. E, e aí a gente vai fazendo o manejo né, quando leva para esse lado a contenção a gente tenta não fazer a contenção no caso.

Você consegue lembrar de um momento específico?

Consigo, dona (...), dona (...) que está aí. Ela, ela apresenta esse quadro né, de bater na gente, de agredir, momentos de... uns pico né, que ela dá sempre durante a tarde, de manhã, à tarde. Aí como ela está com esse braço dela quebrado e pra outros paciente até não agredir ela também a gente precisa fazer essa contenção, né, a gente faz a contenção no caso de três pontos, que é o pé e mais um braço, porque o outro não dá pra conter, porque o outro... como está quebrado. Aí a gente deixa ela um momento ali, até ela dá uma acalmada, né. Vai olhando ali, observando até que a gente é autorizado, a gente descontem mas...

O que você acha que desencadeia este tipo de comportamento?

Essa agitação? Essas coisas? Uma desorganização né, eu creio que a desorganização mesmo. Às vezes também há casos que o paciente não acredita que ele precisa de um tratamento, aí ele já chega agitado, ou a família traz né, assim né. Ele vai negando que não precisa de tratamento, a família insiste em trazer, muitas vezes é isso, a recusa mesmo pelo tratamento. Por achar que não precisa né.

Quais sentimentos esse momento te despertou?

De início a gente faz que é o nosso trabalho né, e a gente até para... (...) Ah é muita coisa né, o que a gente, a gente pensa que por ter esse monte de... de questões familiares, agressividade do paciente de não acreditar. Às vezes é uma paciente que, que... que trabalhava, teve né, a vida assim, e de repente encontra né assim, a gente fica um pouco penalizado, a gente fica. Eu fico penalizada às vezes.

Qual foi sua atitude diante de comportamento desse tipo ameaçador violento?

O meu comportamento diante desse paciente é tentar acalmar né, tentar acalmar esse paciente nesse momento assim. Como dá né, do jeito que dá para fazer. Senão a gente afasta né, a gente dá um tempo né, depois a gente volta e tenta né saber o porquê, saber o que que levou. Muitas vezes eles falam até o que que levou, muitas vezes fala sim.

Como você avalia sua atuação diante de comportamento agressivo paciente?

Eu acho que eu atuo bem, atuo bem, lógico que todo dia a gente tem alguma coisa a aprender, inclusive até com os pacientes a gente aprende muito. E eu acho que tenho uma atuação boa,

eu consigo convencer as vezes o paciente a tomar medicação, por exemplo. Consigo convencer o paciente que não quer ficar na unidade. Às vezes eu consigo que ele aceite também.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

Então a primeira estratégia que eu uso né, eu identifico pro paciente né, falo que eu trabalho aqui. Quando ele não me conhece né, que eu tô chegando de primeiro assim, quando ele não conhece o serviço, eu identifico falo com ele, converso, procuro entender porque que ele tá aqui o que aconteceu. Aí ele vai soltando, vai conversando a gente vai...

Você se sente insegura em relação ao paciente psiquiátrico? Não. Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Eu avalio assim que eles têm uma abordagem boa.

O que você acha que dificulta esse tipo de manejo?

Eu acho que às vezes dificulta é sincronização né, de um colega com o outro. É tipo, às vezes quando precisa de uma contenção por exemplo, às vezes não tem um sincronismo legal né. Porque a gente que acontece de machucar né, às vezes colega algumas com chegando agora não tem muito esse sentimento e aí dificulta um pouco.

O que que facilita?

É a gente prontificar o paciente quando a gente fala a verdade com ele quando a gente tenta convencer de uma forma assim que ele entende a gente, eu acho que facilita.

Profissional 4 - P4**Profissão:** Psicóloga**Idade:** 33 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 10 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 10 anos**Formação específica em saúde mental:** sim**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Sim. Então eu vou falar de uma que eu acho que me marcou das várias né, que, vivenciadas aqui. Que foi como um paciente que ele não estava indicado para tá aqui no dia, foi um final de semana ele não tava indicado para permanência dia. Ele veio para o serviço acompanhando uma outra usuária que na época ele disse estar namorando. E quando a gente faz o atendimento dela e a libera assim, ele fica numa hostilidade, fazendo demandas de ficar na unidade. Eu disse para ele que não era possível, que ele não tinha indicação, que a gente já tinha atendido ela que ela tava liberada que ele poderia ir também. Ele vai num crescente muito grande, a namorada na época acaba saindo do serviço, ele fica na unidade e agita bastante, começa a chutar as portas do serviço. É... no plantão na época, nós estávamos com um técnico de enfermagem homem e o restante mulheres, e esse moço, nessa agitação pela palavra não foi possível manejar ele. Vai ficando mesmo muito agressivo, ameaçador. Equipe começa a ficar muito receosa com ele né, e até pelo histórico também. E a gente foi tentar fazer uma contenção assim, que não deu muito certo na época. Ele chegou a derrubar o técnico, o técnico até machucou, depois a gente até fez o encaminhamento dele para a UPA. O porteiro entra no meio da contenção. Esse usuário chega a segurar o pescoço do porteiro, assim, foi uma cena bem difícil, assim, para a gente. Acho que de todo esse tempo que eu tô aqui no (...) esse dia acho que foi o mais desafiador assim, para mim sabe. Foi uma contenção muito difícil de fazer. Teve que entrar todo mundo né, assim. Para tentar segurar. Ele com muita força, e mesmo assim não tivemos sucesso né. Porque na verdade foi uma contenção não, foi uma tentativa. A gente não teve sucesso. Ele consegue sair e vai para o pátio. Ainda fica arremessando objetos ameaçando a equipe. Aí eu lembro que eu tive que fazer o acionamento da Guarda Municipal para ajudar na intervenção. E aí com a chegada da Guarda que foi possível manejar e fazer com que ele saísse do serviço. Até porque ele não tinha nenhuma indicação do ponto de vista do quadro desestabilizado para ficar, assim. Foi uma agitação diante do que ele pediu não ter sido aceito, acatado. Que era ficar no serviço sem indicação e sem necessidade à época.

O que você acredita que desencadeia este tipo de comportamento?

Nesse caso especificamente foi pela insatisfação do não acolhimento da demanda dele, assim de ficar aqui no serviço e questionando o atendimento à pessoa que ele falava que era a namorada né assim. Acho que foi no lugar do desafio assim "ah não vocês não vão me atender, então pera aí!" né, assim. Começa essa hostilização com a equipe. Porque não tinha, do ponto de vista do quadro ele não tava desestabilizado não. Então eu entendo que neste dia foi por uma insatisfação dele mesmo assim. De reagir de outra forma, né assim. E ele tem um baixo limiar de frustração, ele reagiu assim em outros momentos. Acredito que nessa situação em específico foi por causa disso.

Quais sentimentos esse momento te despertou?

Medo, fiquei com muito medo mesmo. Ao mesmo tempo medo não me paralisou também né, assim. Porque eu consegui, assim, na época, acalmar um pouco a equipe e depois calcular,

fazer esse cálculo de acionar a guarda e lá fora com os guardas né, assim quando eles chegaram eu fiz uma conversa prévia com eles. Inclusive pedindo pra eles não entrarem armados, assim. Por causa que poderia agitar outros pacientes. E chamar a guarda foi no sentido de nos ajudar mesmo diálogo ali porque tava impossível com ele né assim. Mas o sentimento na época assim foi o medo e depois angustiada também né assim. Por não ter não ter tido condições de fazer uma outra né.. assim talvez, assim, fazer uma contenção não sei também, assim. Mas nesse dia, o que mais... o sentimento que mais foi maior assim, foi o medo mesmo. De que acontecesse alguma coisa com alguém da equipe. Porque a gente tem que fechar o serviço. É porque o porteiro teve que sair de cena. Então as portas estavam fechadas, ninguém entrava, ninguém saía, e ele tomando conta, assim, no momento mesmo, assim.

Qual foi sua atitude diante desse comportamento?

Como eu disse apesar do medo isso não me paralisou né, assim, porque eu precisava enquanto plantonista única né, assim. Porque nesse dia eu estava como única plantonista TNS né, tinha os técnicos de enfermagem, então alguma coisa eu precisava fazer, assim. Dado a contenção que não tivemos sucesso, o técnico machucou, o porteiro machucou e nós ficamos só mulheres e a gente avaliou que a gente não tinha condições físicas mesmo, assim, de fazer, de segurá-lo pela força né, que ele tinha. Quando ele sai para o pátio o que eu pensei foi mesmo nesse acionamento da Guarda né assim. Que eles vieram acho que dois carros, vieram uns oito guardas municipais na época. E... é isso, eu faço essa conversa lá fora com eles. Até pra eles não entrarem assim de forma truculenta, ou hostilizar o próprio paciente. Que a gente tentasse mesmo fazer um diálogo, para que ele saísse do serviço né assim. Tendo em vista que ele não tinha essa indicação mesmo, pra não tá aqui, pra uma inserção em uma HN. Dado o contexto assim, que foi gerado nessa situação. Mas que eu consegui fazer no dia foi isso assim.

Como avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo?

Hoje, diferente de um tempo atrás, assim, eu tenho medo, sabe? Uma coisa que eu não tinha antes, assim. Semana passada teve um outro episódio também de agressão. Antes eu não tinha, eu não tinha medo assim, hoje eu tenho um pouco de medo. Não me paralisa, assim. Eu não fico sem ação né, assim. Eu faço alguma coisa, intervenho, converso com a equipe, tudo mais. Mas diferente de outros momentos hoje eu sinto o medo, mas eu consigo manejar, igual foi na semana passada. É possível dar encaminhamento, acionar a equipe, pensar algumas coisas assim se vai ou não pra contenção, se chama alguma coisa né, uma retaguarda seja... que seja da guarda municipal, uma retaguarda psiquiátrica, eu consigo pensar eu não fico sem ação não. Mas diferente de outros momentos né, assim, depois de quase sete anos aqui no (...), hoje eu sinto medo em algumas situações.

Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria?

Pois é, não sentia antes, antes não, mas hoje sim. Ai eu fico entendendo que esse medo não é porque... é diferente de um medo, quando alguém tem medo desde sempre, é assim. Acho que é uma, assim, acho que é uma insegurança, pela fragilidade do serviço em alguns momentos de não ter um... Eu acho que um suporte. Pensando aí, numa equipe bem preparada né, assim. Porque eu percebo quando a equipe está só entre mulheres a gente fica com receio né, e aí quando tem um homem no plantão a gente já fica "ai que bom que tem, porque se precisar de uma força maior a gente tem fulano para ajudar". É... Mas que antes não tinha isso, assim, mas com o passar dos anos, hoje os pacientes estão muito mais graves, os pacientes no momento, assim. E tem a questão da droga também que envolve, então muitos deles chegam intoxicados né, assim, de uma forma muito agressiva conosco. É... e acho que é isso, assim.

Esse medo vem com a insegurança diante do... da falta de recursos. Recursos Humanos e a própria estrutura do serviço que não ajuda muito né, assim. É um serviço...

A próxima seria isso, o que você acha que dificulta?

Acho que a estrutura do serviço é um desafiador, assim. Porque o espaço é muito pequeno e com muitas paredes, assim. É banco, não são bancos fixos, são soltos, eles arremessam. É lixeira, são muitos objetos que ficam assim, muito próximos. O pouco espaço. Dependendo da situação que você precisa fazer uma contenção um corredor daquele fica pequeno pra gente, dependendo do número de pessoas que tiverem que fazer... né, segurar as vezes o usuário. Precisa iniciar a contenção muitas vezes no chão antes de levar para o leito, então o espaço. Ele é muito pequeno. As salas também, mas as salas não são a grande questão, porque a maioria das contenções são todas pra fora. Mas o espaço né. E aqui tá sempre muito cheio né, então outros pacientes também vão pra cima. Outros ficam hostil com a própria equipe e aí acaba virando até duas, três, outras contenções que acaba agitando os outros, assim. Enquanto a gente tá segurando um, tem um outro que em algum momento pode agredir um profissional, então o espaço é um desafio, assim. Porque dependendo do número de pacientes que estiverem no momento que a gente tem que fazer essa contenção no corredor isso é desafiador pra nós. O próprio leito crise eu acho muito pequeno também para a gente fazer essa entrada né, da equipe, puxar a cama. É eu acho que um espaço pequeno.

O que você acha que facilitaria?

Do ponto de vista estrutural?

De tudo!

Eu acho que o serviço maior, a gente tinha um pouco de espaço físico mesmo para manejar isso melhor, assim. Não tendo com a realidade do (...), né, assim. Nessa estrutura atual eu acho que é uma equipe mais preparada, assim. Para esses momentos né, assim. Eu não sei te dizer o que precisa ser feito né, assim. Porque a gente já passou por algumas formações importantes né, assim. Eu acho que nesse momento eu vejo as pessoas todas inseguras na verdade. É um outro técnico topa né, que vai para a cena e tem um porte físico, uma força física para dar conta de segurar, é... Mas eu vejo a equipe toda muito insegura assim as pessoas ficam receosas mesmo assim. De se machucar e também... uns não confiando nos outros em alguns momentos né, assim. A equipe é muito unida para uns momentos, mas para outros momentos a gente vê cada um, de alguma forma saindo um pouco da cena. É super compreensível né assim porque, um sentimento que eu, por exemplo, não tinha antes e tenho hoje. Eu super entendo eles assim ficarem com esse receio de se machucar mesmo né, assim.

As situações vão se repetindo e as experiências vão se acumulando.

Vão, vão exatamente, e cada vez mais grave. Pelo menos semana passada teve essa essa agitação desse paciente e é isso né. Eu estava no consultório sozinha ele entra eu tava na mesa né assim cercada, não tinha nem como pular apesar eu pensei até rápido, "eu vou passar debaixo da mesa ou eu vou pular a mesa", mas não teve jeito né, ele já pegou a lixeira já foi me agredindo, mas a lixeira cai no chão ele vai pegar a lixeira rapidamente eu pego a cadeira para colocar na frente para me defender. E nisso gritando a equipe para equipe aparecer na sala que ele entra e fecha a porta. Então, é um desafio também né assim. São muitos pacientes no espaço muito pequeno né mesmo assim em alguns momentos não é possível a equipe está está atenta a todos, né assim, é.. então é isso, assim. Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Da equipe, é... é isso que eu disse assim. Que é o sentimento que eu tenho hoje assim. Eu vejo todo

mundo com muito receio, né assim. Todo mundo assim né, a maioria né, principalmente as mulheres. Eu super entendo né, porque a gente tem uns que tem mais força mesmo, mas a sua maioria não tem essa força física, assim, que às vezes exige né, nesse espaço. E eu não tenho... tô dizendo que a equipe precisa ser todos né sim, de homens, que a gente precisa... não assim. É..., mas eu percebo que a gente vai ficando mais insegura mesmo, assim, as mulheres. E aí quando tem um homem técnico no plantão, ou um técnico TNS, assim, é um plantonista, a gente fica um pouco, assim, pensando que na possibilidade de agitação, a gente pode ter uma segurança maior né, assim. Por ter a retaguarda de fulano “ah fulano está aí”. Às vezes não tá nem no plantão a gente vai lá chamar o colega “o fulano ajuda aqui nessa contenção” e tal. É... e é algo que eu não via antes né assim. Eu hoje, eu sinto a equipe um pouco insegura nesses momentos né.- Às vezes você precisa está ali... Hoje mesmo na reunião de equipe alguns colegas relataram de estar muitas vezes na cena sozinho, olha para o lado e não aparece um, todo mundo já de alguma forma já saiu de cena. E como que você fica ali, né? Na frente do paciente. E o paciente acaba percebendo né, assim. Isso vai crescendo, crescendo, crescendo e aí, perde mesmo todo o cálculo que poderia ser feito, e o efeito que tem também né, assim. Mesmo, não necessariamente vai agitar, mas o efeito que tem dessa equipe tá todo mundo junto né. Isso também tem um efeito para ele né. E para o próprio plantonista né, quando a equipe está mais próxima, assim. Então, eu vejo a equipe muito dispersa também nos plantões. Acho que é isso.

Profissional 5 - P5**Profissão:** Técnico de enfermagem**Idade:** 44 anos**Sexo:** Masculino**Tempo de profissão:** 23 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 10 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Sim. Bom é... vou falar de uma específica porque são várias né, sempre acontece né. Um paciente estava "bem estressado", vamos dizer, de ficar aqui muito tempo né. E... aí ele sinalizou um pouco no início do plantão que não estava bem. E aí entrou para cozinha para jantar, e aí já começou lá de dentro falando que não ia tomar medicação. Tava conversando com outro paciente, e aí começou a alterar o humor. E aí, ele conversando com outro paciente, começou. Já tava persecutório com a equipe também. Começou a falar que não ia tomar remédio que não adiantava nem colocar a mão, porque senão ia agredir e tal. E a gente foi abordar para conversar né. Mas aí ele já alterou e já jogou uma mesa para cima, e a gente foi para evitar é... para evitar que alguém se ferisse e tal, deixamos o paciente na cozinha, é... encostamos a porta da cozinha e deixamos paciente. O paciente começou a... ficou agitado, surtou e começou a quebrar as coisas na cozinha e... a gente não quis entrar em contato. Para evitar nós chamamos a polícia, guarda e enquanto isso paciente ficou lá dentro quebrando as coisas e gritando e tivemos que esperar a polícia e a guarda chegar para poder abordar o paciente. Quando chegou ele já tinha quebrado a cozinha, foi feito bastante bagunça lá, e... Aí a polícia abriu a porta né, com calma, aí ele já tinha, vamos dizer assim desabafado né. Aí ele chegou até o momento querer chorar e... E a gente percebe que, o paciente, tem hora que ele, quando surta, a pressão para gente que é uma pessoa normal às vezes é difícil de aguentar né, e para um paciente que já tem seus problemas é mais difícil ainda. A diferença é que a gente consegue segurar, consegue lidar com isso e os paciente dependendo do caso ele não consegue então tem hora que ele tem que colocar para fora e aí ele... cada um coloca de um jeito. É... uns agride né, outros tira a própria vida e outros enfim, agita né, se jogam na frente de carro, enfim. Então cada um se manifesta de um jeito. É o que eu tirei de lição desse caso e outros parecidos. O que você acredita que desencadeia esse comportamento? Eu acho que são vários fatores, é... o próprio problema do paciente que é ele tem que lidar com isso, é... as pressões que vem devido a isso né, porque isso gera consequência né, ações de familiares né, família. A não aceitação dos familiares é um dos casos né, e... e o paciente não ser aceito né. Pra uma pessoa normal já é difícil né, então para o paciente não ser aceito é mais difícil ainda. E aí o fato de ficar tanto tempo longe dos familiares e internado isso daí para mim já é uma coisa que leva a isso né. É... mas eu acho que o fato principal mesmo é o próprio problema que o paciente enfrenta, né. Por isso que muitos chegam ao ponto de tirar até a própria vida, a pressão é muita.

Qual sentimento este momento te despertou?

A gente no momento da agitação, a gente é... são várias coisas que passam na cabeça da gente. A primeira é de, é... auto proteção, proteção da equipe né, e também do paciente. Inclusive nessa situação a gente chegou a abordar o paciente algumas vezes enquanto a polícia chegava até mesmo para ver se ele estava, é... estava bem lá dentro né, mesmo naquele, naquele momento, naquela situação. É... então a primeira reação da gente acha que essa né. É... muitos né, às vezes leva, à princípio, leva à princípio para o lado pessoal né, e... fica irritado e tal né,

principalmente se existe agressão e tudo né. Que isso aí acho até uma coisa normal do ser humano mesmo. É difícil né, dependendo da situação né, a gente ter a frieza de... de entender o lado do paciente né. Aí entendeu tudo que tá envolvido né.

Qual foi sua atitude diante do comportamento?

A minha atitude, eu particularmente, assim, que tentei abordar à princípio o paciente, e... fui tentar conversar, mas ali no momento eu acho que não seria possível e talvez fosse chegar e ao ponto de ter que ser contido. Mas os colegas estão de plantão me chamou e conversou e me tirou da situação ali né, e aí a gente fechou a porta né para não ter para ficar se manter distância né. E..., mas você perguntou a reação né, como que foi a atitude né? A princípio então eu tentei... fui tentar conversar, à princípio. Mas aí depois que o paciente ficou dentro da cozinha a minha atitude foi de pensar em proteger a equipe né, se precisasse né, e tentar levar assim até onde fosse né. Até que a polícia chegasse né pra poder abordar o paciente com mais tranquilidade né, com mais segurança.

Como você avalia sua atuação?

Hoje eu penso que eu acho que a gente fez o que, pra evitar, pra evitar que alguém se machucasse, até mesmo paciente né. Eu acho que a gente fez a coisa correta. Porque o paciente precisava desabafar, colocar para fora o que que tinha dentro né, e... os móveis da cozinha que pagou por isso né, que... (risos), mas é coisa física né. Isso daí né troca e tudo né. Graças a Deus o paciente também não se feriu, só mesmo descarregou a raiva né, o que tava sentindo e... então acho que a gente tomou atitude correta e no final ele chegou a ser contido, mas de maneira tranquila. Ele mesmo deitou na cama e a gente fez a contenção pra terminar de controlar, e foi medicado também. Então assim, depois, hoje eu vejo que a gente tomou atitude que eu acho que foi a mais correta, mais acertada para todos. E isso vai muito da situação, poderia ter sido diferente, mas são situações que podem se desenrolar de mais de uma maneira, e aí depende muito.

Qual estratégia você costuma usar, não só nesse caso, mas em outros?

À princípio é de conversar, né, a princípio é de conversar, é... tentar... é um serviço que rola muito a questão psicológica né. E... nesse ponto aí eu acho que estou aprendendo ainda, né porque cê tem que conseguir entender, pelo menos tentar entender o que está passando na cabeça do paciente, né. E... então assim, a primeira atitude é tentar abordar de maneira com diálogo, e aí depende da reação do paciente, dependendo da reação que a gente vai ver os próximos passos.

Você se sente inseguro em relação ao paciente psiquiátrico?

Não, inseguro eu acho que não, eu acho que é um serviço que tem seus riscos é... e... eu acho que os profissionais ficam bem expostos a esses riscos, eu acho que deveria existir mais preparo, mais segurança, né. É... mas eu sinceramente eu acho que já estou acostumado assim então a gente... então não me sinto inseguro não. É ver se... eu entendo os riscos que existe, mas a gente já sai de casa sabendo disso e tem que tá preparado pra...

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Eu enxergo que é um serviço que eu acho que necessitava mais preparo, mais preparo, é... para lidar com esse tipo de situações né. Todas as situações tem momentos que... que uma conversa ajuda muito, né, uma conversa ajuda muito. E num momento de contenção de um paciente agitado também tem que ter uma preparo. Às vezes cada profissional age de maneira diferente,

assim como equipe, eu acho que precisa de mais preparo num geral pra poder lidar com essas situações que acontecem no serviço.

O que você acha que dificulta e o que você acha que facilita nessa abordagem? *Uma das coisas que eu acho que mais dificulta a abordagem é... às vezes, é... como que eu vou dizer? Às vezes a falta de estrutura do serviço mesmo né. Por exemplo, nesse episódio que eu mencionei foi um... um momento em que, a gente... até que a polícia chegasse, a guarda, a gente ficou exposto, de certa forma a gente ficou exposto né. Então assim, é... são situações principalmente à noite né que, é... que a gente fica então, é... Porque é mais um tipo de abordagem né, e a gente... a falta de condições do trabalho em si, às vezes é um... dificulta isso aí para gente. Até saber como que, que vai abordar. Às vezes falta de preparo da equipe também, assim, às vezes chegam a contenção que às vezes poderia ser evitado né. Eu já vi situações que chegou a quase ser contido, mas com uma conversa, com jeito né, não precisou, deu para manejar. E já vi momentos também que chegou esse ponto né, de precisar de uma contenção e que profissionais saíram machucados e tal. Então são várias coisas que dificultam a abordagem. Eu acho que no geral o preparo e a falta de condições às vezes do serviço mesmo que tá fazendo isso.*

Profissional 6 - P6**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 42 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 11 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 8 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Sim, já atuei... já atuei em várias situações em que o paciente está em crise, que chega ao ponto de agressividade. É... dele não suportar aquele momento né, que é onde que ele começa a agressividade aos próprios profissionais... Um caso que eu me lembro é um caso do paciente que a gente tem ele aí, que é o (...). O (...) já está aqui a tempo e... é um problema. Ele é um paciente grave e tem a questão social, ele não aceita ficar aqui por muito tempo e onde o próprio serviço causa mal a ele. Já chegou um ponto dele mesmo não suportar o ambiente e onde que ele vem buscando... ele busca o, como se diz, a defesa dele é nas agressões. Onde vêm as agressões verbais nos próprios funcionários e chegar física também. Ele acha que ele agredindo verbalmente ele tá se... como se diz? Ele está se libertando, e ao ponto de agressivo, de agressão. Eu presenciei uma vez uma crise dele, ele precisava de um... de uma situação, ele tava na situação que ele não estava suportando mais. E aonde que ele chegou a partir para cima dos profissionais nós tivemos que agir. É onde que precisamos de intervir com palavras, tentando manejar, mas... de uma forma mais, né, tranquila, que não levasse a contenção, mas enfim, onde que a gente tentar... até... a gente tentou várias vezes e a última opção vai te levar a contenção.

Como foi?

Foi uma situação difícil. Nós chegamos para pegar plantão ele já estava naquela demanda é... buscando né, querendo que o serviço chamasse a família. Ele querendo conversar com a família, queria isso. Demandava conversar com o pai e onde a família não queria atender. E isso veio né, após nós pegar plantão ele viu que não teve jeito. Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo. Não deu tempo de conversar, não deu... não deu tempo de chegar a um acordo. Onde que, nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele tava muito agressivo, ameaçador. Foi onde tivemos que chamar a guarda municipal, tivemos que chamar a equipe do (...) pra intervir também. Ele chegou, nós tivemos que contê-lo, medicá-lo com várias medicações injetáveis, mas mesmo assim aquela crise foi durante a noite toda. Ele xingava, gritava, ameaçava verbalmente, foi assim, foi um dos momentos que eu presenciei que foi um dos plantões mais terríveis. Onde que causou fúria em outros pacientes, os outros paciente não concordavam com aquela situação, nós tivemos que cuidar do próprio (...) e dos outros pacientes para que, pra que não, é... não agredisse ele né, mas enfim ele passou a noite toda contido e mantendo as mesmas agressões verbais. É onde que a gente buscou uma ajuda com a gestão né, para ver o que que a gente podia fazer para ajudar nesse caso, no caso dele. Onde que a gente, nós sentamos conversamos e vemos que o próprio lugar estava causando mal a ele.

O que você acredita que desencadeia esse comportamento?

Dele? Eu acho que a falta da família, a rejeição, rejeição da mãe. É... a vontade de estar em casa. E ele é um paciente que não aceita limites. Em casa né, a família impõe os limites é onde que ele não aceita. Aqui, ele tenta né, é... seguir da forma que ele quer, que a gente tenta né,

manter uma conduta só, com ele. A gente vai no manejo, é difícil não é fácil, mas é o caso dele é isso, ele não tem limites. Você vê que ele entra no chuveiro fica o dia todo, já chegou ficar a noite toda no banheiro, ele não tem noção do tempo do que ele faz. Mas ao mesmo tempo ele sabe da realidade, ele sabe o que que tá causando ele e ele sabe as consequências do que ele está fazendo. Então o problema maior é esse, que ele não aceita o não, o limite, e a rejeição.

Qual sentimento te despertou nesse momento?

No momento a gente fica assim, a gente fica muito apreensivo a gente fica pensando como que a gente vai agir naquele momento de agitação dele. A gente fica assim inerte, mas é... gera um pouco de angústia por causa das agressões verbais, mas ao mesmo tempo a gente tem que pensar que a gente tá no local de trabalho, não é fácil lidar com essa situação. Foi momento de angústia.

Qual foi sua atitude diante desse comportamento?

A atitude no momento é tentar interagir com ele, tentar o manejo, buscar a união da equipe né, interagir com a equipe também e buscar... Quando a gente viu que a situação já tava incontrolável, foi onde que a gente buscou ajuda da Guarda Municipal.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

Eu acho assim que o momento que ele tá tranquilo a gente tem que procurar conversar com ele né, que ele gosta colocar as angústias dele e procurar ajudar ele. Aproveitar aquele momento e falar o que é o sim o que é não, né. Que ele tem, esses dias mesmo ele disse que tá difícil, que ele sente saudade da casa dele e onde eu falei com ele que a gente tem que dar tempo ao tempo vai chegar um momento que ele vai para casa dele. Mas ele tem que saber respeitar as regras. Por que a gente vive em sociedade, então só que assim tudo tem regras. Então eu aproveito esse momento, momento de tranquilidade que ele tá abordável pra... é a oportunidade que a gente tem pra conversar com ele. É a hora de ele vai entrar no chuveiro ele vai tomar um banho em um momento de certo dele sai, tem hora certa ele sair. Saber que tem outros pacientes para usar o banheiro. Saber que o espaço não é só dele tem que saber dividir o espaço com os outros.

Você se sente insegura em relação ao paciente psiquiátrico?

Às vezes sim, no momento da crise, da agitação sim, sentimos inseguros mesmo, né, principalmente do grau de agitação.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Olha eu acredito que... tem que, tem que ter uma conduta sim. Eu acho que tem que haver uma prevenção. E é onde eu vejo que certas conduta, falta isso. Falta prevenir, tem que agir antes de chegar uma agitação. Paciente chegou em crise e a gente espera uma certa conduta de tal profissional, a gente busca, chama para evitar aquele momento tenso. Então assim já houve situação que o profissional precisou tomar aquela conduta certa e não aconteceu. É onde que o paciente chegou a agitação por causa, por falta de... da conduta certa.

O que você acha que dificulta ?

Eu acho que o paciente tem que ser acolhido, tem que ser acolhido por toda a equipe e o paciente tem que conhecer o serviço. Então assim o manejo começa aí, tem que acolher o paciente a família e o paciente tem que saber o local que ele está tratando.

E o que você acha que facilita?

É o acolhimento né, acolher o paciente nas abordagens, deixar o paciente seguro. E deixar ele ciente que ele está ali, que ele está no tratamento, e acolher ele de uma forma singular.

Profissional 7 - P7**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 34 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 3 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 6 meses**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Já. Ah sim, é... chegou uma paciente de auto-extermínio. Ela surtou do nada no pátio e queria evadir, aí a hora que eu percebi eu chamei o (...). Aí ela foi com tudo no pescoço do (...). Aí eu fui nos braços para tentar defender mesmo o colega né, e não deixar ela continuar a agressão. Aí o (...) já veio e a gente finalizou a contenção. Mas o (...) precisou de se jogar no chão para segurar, mesmo porque ela estava enfurecida.

O que você acredita que desencadeia este comportamento?

No caso dela, desse caso que eu achei bem radical, ela chegou aqui com um problema familiar bem grave. No caso, o pai dela tinha agredido ela, aí ela chegou aqui transtornada.

E nos momentos que antecederam essa agitação alguma coisa aconteceu em específico?

No dia aqui estava muito cheio e ela estava assim implorando por um atendimento imediato.

E isso não aconteceu...

Não aconteceu, não tinha condições. Os plantonistas numa correria, a gente na maior correria com as HN's dando atenção algumas PD's e aí ela queria que queria passar no plantão. Acho que a intenção dela no dia era ter ficado de HN sabe? Mas ela não ficou. No final da tarde ela se acalmou e o plantonista achou melhor liberar pra ela tentar resolver lá com a família dela.

Qual tipo de sentimento tipo de atendimento desperta em você?

Na verdade eu fico com pena. Dela agir assim dessa forma. Não dela bater no (...), mas implorar por uma atenção, porque tipo assim pra pessoa chegar a se mutilar, machucar é porque o negócio não está bom né.

Qual foi sua atitude diante do comportamento dela?

Depois de tudo a gente sentou, bateu um papo, aí que eu fui entender que ela estava mal, pai tinha colocado pra fora de casa. Tava totalmente desestruturada.

No momento que ela agitou?

No momento que ela agitou eu não pensei. Primeiro eu pensei em conter ela aqui no serviço pelo risco da evasão e ajudar mesmo os colegas. Não levei pelo lado sentimental, porque imagina se ela sai e faz uma coisa grave.

Como você avalia sua atuação em relação a paciente com esse comportamento?

Eu acho que assim eu aprendi muito, aqui eu aprendi muito, e eu acho que eu tô indo bem, já vai para 5 meses aqui no (...).

Como você descreve sua abordagem nesse atendimento e outros atendimentos também, como você descreve a sua estratégia de abordagem?

Primeiro eu vou com carinho, eles até falam que eu sou meio meiguinha pra conversar e tudo. Que eu acho que às vezes o diálogo é assim, à princípio a melhor forma, né. Do que ir direto pra uma medicação, ir direto para uma contenção. Igual a (...) mesmo eu consigo tudo que eu quero com ela, eu chamo ela de meu amor, vem cá, às vezes ela senta perto de mim eu faço um carinho na cabeça dela. Você vê que são pessoas carentes. Então eu levo muito pra esse lado. Se está descalço eu preocupo, eu arrumo chinelo. Se está sem roupa eu dou um jeito de trago casa, tiro minha.

Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Não. Não. Assim, quando eu cheguei aqui eu assustei, eu nem pensei que ia ficar, mas depois você vai aprendendo a conviver e vai capacitando né. Vai vendo o manejo de um, vai vendo a contenção de outro, vai vendo uma abordagem, aí aos poucos você vai aprendendo a driblar ali. Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Igual eu te falei agora, tem uns que dão muita atenção, tem outros que não. Tem uns que leva, tem outros que debocha. Tem outros que deixa de qualquer jeito, eu não acho legal. Eu acho que todo mundo teria que dedicar da mesma forma. Inclusive a (...) pediu para a gente fazer uma... virar referência de alguns pacientes. Para ajudar a cuidar mais, sabe. É cuidar da medicação, é cuidada se tá vindo nas PD's. Se não tá, tá ligando. Tá mas assim, participando mesmo. Porque às vezes as referências não consegue né, não consegue entrar. E a gente tá sempre na rua, na busca, fazendo medicação em casa. Então eu acredito que vai melhorar muito essa aproximação.

Com relação a esse tipo de procedimento que você acha que dificulta a abordagem?

Esses agressivos? Aqui, eu penso que alguns é por causa de droga mesmo. Igual no caso da (...) quando ela está em abstinência ninguém aguenta. Ela puxou o cabelo de (...), ela bateu no (...) no dia que a gente foi dar banho nela que ela tava... Ela assim eu acredito que seja droga. Agora os que eu vejo que realmente são psiquiátricos, que eu falo de retardos, de esquizofrenia, eu nunca vi nada disso, nunca vi nada disso.

Nesse contexto todo, quando você tem que fazer essa abordagem, o que você acha que dificulta que essa abordagem aconteça?

Às vezes alguns são meio hostis, meio ignorante não aceita ou às vezes não tem manejo. Igual o (...) tá também não tem jeito...

Vc acha que apresentação por parte do paciente influencia...

Do paciente sim.

O que você acha que facilita?

No caso dele, e de outros também, eles precisam de um pouco de liberdade. Aqui eles precisam de alguma coisa para distrair que não tem. A oficina do nosso serviço é muito fraca. Não tem televisão, não tem praticamente nada. Então imagina estressante para eles também, ficar o dia inteiro numa praça só fumando conversando fiado, imagina? Chega uma hora que né, não tem quem aguarde.

Profissional 8 - P8**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 51 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 26 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 18 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação?**

Já. Porque a noite geralmente a gente já pega o paciente aqui né, e muitas das vezes, às vezes passou o dia tranquilo e chega na hora da noite ele vê que o serviço se fechou, a noite caiu e não tem solução mais, que vai embora aí começa né naquele crescente da agitação. E aí que a gente entra mesmo com manejo, às vezes verbal e quando não dá que chega até a contenção, né. E... a gente tenta o máximo possível com a palavra com a escuta. E já teve paciente de eu levar até para o consultório dar uma de plantonista, conversar, começar a escrever, escrever tudo que está falando pra dizer que está desabafando, falando, já fiz isso inúmeras vezes. E... tem uns que da pra poder... no que você vai conversando, escuta aquela coisa toda, você até consegue fazer com que ele esvazie um pouco e... dá uma reverso na situação toda que estava criando. Agora outros não, outros que infelizmente vai até o ponto final mesmo, que às vezes você precisa da guarda, às vezes é a gente mesmo. Aconteceu uma vez com, há uns dois anos atrás, com o (...) que eu achei assim, por eu ter o mesmo nome da mãe dele, ele tem uma coisa assim, um vínculo forte comigo de às vezes amizade, às vezes de agressividade. Então ele sempre assim, eu posso... o plantão pode estar assim, com várias pessoas diferentes que ele vai sempre à minha procura. E como ele agride muito a mãe, no início ele vinha pra me agredir. Teve um dia que meus colegas ficou até paralisado, que ele pegou a cama e jogou em mim assim, eu segurei, ele achou que eu não ia medir forças com ele, né. Eu segurei, falei com ele "aqui eu não estou pra apanhar e você não está aqui pra me bater, nós vamos ter esse manejo". E peguei ele, às meninas ficou paralisadas que eu gritei, "gente é hora da contenção" assim elas até trombaram uma na outra, aquela coisa assim. Ficaram espantada, falaram assim "não acredito que a (...) vai enfrentar". Mas eu acho que essa foi o ápice da história, porque se eu não tivesse feito isso naquele dia, dessa cama, é... ele não ia ter o respeito por mim que ele tem hoje. Hoje ele não tem medo, mas ele tem um respeito. E por mais que ele esteja ruim, igual hoje ele tá lá queixando que ele não está bem, aquela coisa toda assim. Ele vai pra perto de mim, ele conversa, ele esvazia. Eu vou pontuando as coisas com ele. Então assim foi uma situação de agitação, agressividade que deu pra contornar e nesse dia nós tivemos que conter ele, e ele ficou contido a noite toda. E não precisamos, nós não precisamos de chamar a guarda, nós mesmo resolveu. Porque quando ele viu que eu enfrentei ele, diferente do que a mãe em casa não enfrenta, aí ele recuou. Aí foi que nós fizemos a contenção e tudo. Então assim depois dessa época eu acho que, eu não lembro se foi depois do episódio do refeitório, se o episódio do refeitório teve, que não foi plantão meu, mas no meu plantão ele já agitou, já gritou, já falou, mas nunca chegou às vias de fato, de jogar mais nada, aquela coisa tudo não. Sempre ele procura, vai conversar. Agora, Sábado atrás mesmo ele começou, ele gritou ele pegou a cadeira pra jogar em outro paciente, tudo. Nós fomos manejando com conversa até que ele se acalmou. Igual hoje também ele está vendo outro paciente mais exaltado, ele começa "não estou bem" "ah eu não estou conseguindo ficar aqui" "ah é isso aqui e aquilo outro..." A gente vai conversando, igual eu sentei com os dois ali agora e manejo um, manejo outro. Cada hora eu deixo um falar pra eles esvaziar, e eu servindo de escuta sabe. E tem vários outros pacientes que você vai manejando. Igual tem a paciente (...) que ela é totalmente

cabulosa comigo, porque ele é muito difícil de tomar medicação e quando ela abandona o tratamento ele chega aqui ruim! Louca mesmo, e comigo ela toma remédio, porque eu imponho, ela "seu sargentão", (risos). Mas se você não vai em cima e não impõem, como é que eu falo, assim? Não é agressividade, mas eu acho que é a postura né, postura que "você está aqui pra tratamento e eu estou aqui pra poder negócio". Ela fala, resmunga, bate a perna e tudo assim, fica totalmente persecutória comigo. Mas é aquela persecutória assim de... xingar e tudo assim, mas ao mesmo tempo de obedecer, de aceitar entendeu. E várias. Já teve paciente aqui de eu ir medicar eles assim, a gente não conhecer direito, igual caso do, se eu não me engano, foi o (...) não, eu esqueci o nome dele. Quando eu fui medicar ele tirou uma faca, e falou assim "chega perto pra você ver!". Eu simplesmente dei dois passos pra trás e não adentrei mais. Porque a partir do momento que é uma arma eu não vou enfrentar. Larguei ele pro lado e tive que acionar a guarda municipal, né, pra poder desarmar ele e a gente medicar. E contornou tudo, mas, assim. A sorte minha nesse dia, desse paciente, foi que ele tirou. Porque se eu chego mais perto e ele não tira antes, eu não sabia. Ele tinha ficado aqui o dia inteiro, né. Então são várias situações que acontecem assim, mas eu creio que a maioria delas são situações que a gente contornou muito mais na escuta e verbalmente do que ir pra contenção. E eu assim, particularmente eu detesto paciente contido, eu tenho um sofrimento muito grande de ver eles contidos e eu faço o máximo pra não deixar contido. O que eu posso fazer pra poder desconter ao longo do plantão eu faço, só quando não tem jeito mesmo né. Ocorreu uma situação muito grave há uns seis anos atrás com paciente (...) aqui, que foi uma agitação assim terrível mesmo de abalar a equipe toda psicologicamente né. E teve uma colega que saiu aqui quase enfartando, eu lembro que a pressão dela foi a 26 no dia, assim. Eu acho que essa foi a pior agitação, que nós tentamos de todo jeito. O (...) não chegava para poder ajudar a contornar a situação por mais que a gente ligou. E também a equipe estava toda fragilizada, não tinha como ficar se deslocando para ligar. E... a polícia também demorou muito, guarda também não chegou, foi até que a solução foi nós abrimos a porta, porque nesse dia teve um risco muito grande mesmo de, não só com outros usuários quanto a equipe toda, né. Esse foi muito chocante, mas mesmo assim, assim depois de tudo...

E como foi?

Como foi? Foi o (...). Como foi? A agitação dele? Ele tava, ele tava aqui há alguns dias né, já, mantendo contenção direto e ele estava com braço quebrado, gessado e... ele não tava gessado não, tava acho que com a tala e o curativo. A indicação é que ir para o hospital (...) fazer cirurgia. Então ficaria aqui até ser encaminhada para (...). Só que ele tava muito revoltado está aqui, está contido e não aceitava ficar o risco de evasão é muito e tudo. E não tinha remédio que estava apaziguando ele e... como fazendo uma contenção química né. E foi nesse dia que ele agitou tanto que o leito virou com ele. Aí nós vimos paciente amarrado em cinco pontos e a cama em cima dele. Uma situação assim, terrível. Nós não tínhamos como deixar ele contido no chão na cama, até alguém chegar um suporte da polícia né, tudo assim, não tinha como porque a gente viu que tava macerando aquele braço dele. Nós tivemos que soltar ele. Nós soltamos ele achando que a gente ia conseguir voltar ele né com tudo, e não conseguimos. Porque era um risco muito grande se nós deixássemos ele daquele jeito e causar um mal pior que viesse até a amputar um membro e nós sermos até notificados por causa disso. Aí nós descontivemos ele, nisso já tínhamos acionada a polícia, mas nada de chegar. Ele vem no crescente. Eu lembro que ele pegou várias coisas, pegou o banco, pegou ventilador, chegou quebrar tudo assim. Aí e colega começou a passar mal, ficamos assim, menos, menos né, pessoas da equipe tudo tentando, tentando manejar e ele quebrando as coisas jogando em cima da gente. Foi até assim "vão abrir as portas" foi a solução né. E assim eu lembro que minhas colegas ficaram até abalada psicologicamente ficaram... na época da Dra (...) que era até

referência do paciente deu atestado de 30 dias para todo mundo né, para ficar e casa tudo. Eu lembro que eu fiquei 5 dias e voltei e falei assim "olha eu acho acho que eu tô preparado para trabalhar e ficar em casa eu não vai resolver isso não". Ai foi que eu voltei. Porque revogou o atestado.

O que você acredita que desencadeia este comportamento?

Ah tem várias situações né, vários conflitos, muitas vezes eu abandono de tratamento, muitas vezes... às vezes o paciente pode ter até tomando remédio direitinho, mas tem alguma... algum fato emocional que acontece né, e ele não aguenta, não suporta. Algum medo né, que pode virar bater e ele nem consegue falar isso nem dominar aquilo e... acontece. Então assim são várias coisas, eu creio que mais emocional mesmo. Se você for olhar mais assim igual os problemas que tem aqui muitos são abandono de tratamento mesmo, porque aí as alucinações vem assim a todo vapor né. Agora outros são assim, pode estar vindo direitinho, tomando a medicação e tudo e aconteceu aquele fato inesperado ou até às vezes esperado, mas ele não consegue dominar aquilo né, na vida dele. Às vezes um luto. Às vezes uma outra emoção mais forte. Às vezes uma nova pessoa na família, acontece várias coisas assim, são muitos fatos. Que às vezes a gente normal consegue e eles não consegue.

Qual tipo de sentimento tipo de atendimento desperta em você?

Olha, tem vezes que me desperta sentimentos às vezes... eu agora eu já tem muito tempo, eu tô tendo um sentimento de cansaço. De achar assim "eu já deveria ter dado um basta". Porque agora eu estou achando que tô assim mais cansada sabe, psicologicamente eu acho assim. Mas até uns anos atrás não, eu tava assim segurando normal sabe, "eu acho que é tranquilo, tá bom negócio assim", mas agora já tá me dando um sentimento de angústia, não sei se às vezes solidão, cansaço mesmo, eu tô. Quando eu entrei aqui eu lembro que um colega falou comigo assim "saúde mental tem prazo de validade, a gente pode trabalhar só dez anos" acabou isso, foi (...) que me falou sabe "é dez anos no máximo, não passa disso não viu porque senão as coisas piora" e eu já tô com mais de dezoito né, talvez seja isso.

Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador ou violento?

Tranquilidade. Eu acho que assim, se você for tranquilo, acho que igual você né (risos). Você todo mundo gosta de trabalhar com você que é todo zem assim. Eu que a maior é tranquilidade, tranquilidade. Eu acho que por mais que a gente possa ter o medo, mas aquele medo não deixar aquele medo aflorar na frente sabe, mas tranquilidade. Sem ter tranquilidade e calma tanto faz na saúde mental, quanto na clínica médica quando, eu trabalhei muito eu trabalhava no (...), igual numa parada você ver um colega que é totalmente afobico, aquela coisa assim estressado, não conduz nada a gente fica né... o trem desanda tudo. Aqui na Saúde Mental é a mesma coisa, se não tiver tranquilidade para conduzir, para pensar, raciocinar o que que você vai fazer, o que você vai manejar. Igual a situação ali, eu preparei o remédio tudo, pra poder dar camuflado ali, aí ele vem pega da outra, o outro vai pega, eu pego de volta. Me dá aqui, eu falei não o seu é esse aqui... Você tem que manejo, tranquilidade, se não uai. Eu já tinha posto no copo, aí o (...) pegou, peguei do (...), falei o seu é esse, pus aqui de volta, aí ele pegou e deu o (...), eu peguei de novo do (...) e conversamos com ele pra ele pra ele não ver, aí a solução foi eu tirar todo do jarro virar o copo lá final ele tomou tudo. Tanto é que agora ele virou para mim "você pôs gotinhas no meu remédio, eu falei não pus não (...), você viu que eu te dei você na jarra (risos). A gente tem que ser esperto, tem que negócio. Então se não tiver tranquilidade para você pensar e resolver as coisas rápido, ágil, não dá certo.

Como você descreveria sua estratégia na abordagem desses casos?

Manejo, agilidade, calma, esses trem assim. Cada uma você tem que ter uma estratégia diferente, né. Manejo diferente, uma habilidade diferente, é assim.

Qual seu nível de segurança em relação ao paciente, se sente segura, insegura?

Segura totalmente eu não posso sentir não dá mais assim, eu acho que eu sou 50%. É igual eu falo com os colegas, por eu trabalhar à noite e tudo, a gente fica ali, eu falo assim "o gente", que uns que cochila mesmo coisa toda assim, eu fico "o gente eu fico boba como é que vocês têm coragem, porque eu não tenho não". Eu não tenho porque eu não tenho segurança, porque na mesma hora que eles estão tranquilos, pode dormir, pode alucinar, pode acontecer alguma coisa e vir em cima de você. E a partir do momento que você não tem medo achar tá tudo tranquilo, você fica, dorme com o perigo né. Então quando você tiver medo você tem cautela, eu observo. É igual dirigir, dirigir a partir do momento que você perde o medo total você começa a fazer besteira no trânsito, né.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo?

É igual, eu acho o seguinte assim, eu posso avaliar, mas assim. É igual aconteceu do caso paciente (...) que quebrou o refeitório, todo. Eu creio que se eu estivesse no dia, eu tinha agido diferente. Eu não tinha trancado o refeitório e deixado ele fazer o que fazia não. Eu juntava a equipe e a gente ia em cima dele, entendeu? Não deixava. Eu achei isso errado, mas eu não posso julgar, cada um é um né, cada um tem seu jeito. Porque eles simplesmente fecharam e deixou ele, até ele esvaziar tudo. Eu ia pegar ele junto com todo mundo, falar assim "não gente, situação não é assim a gente tem que pontuar pra ele que o serviço não é assim, está aqui para acolher ele, e a gente não não pode deixar.

Com relação a isso o que você acha que facilita e o que você acha que dificulta esse manejo, do paciente assim?

Eu acho que, o que facilita muito é a interação da equipe. Acho que diálogo e uma... acho que assim uma interatividade não só com a noite, mas com o dia também né. É muitos relatos que acontecem a noite não é a gente por mais que você transmite ao dia não, aquela coisa parece que não gera. E às vezes as coisas que acontece o dia, às vezes não gera para noite. Fica uma comunicação falha, a gente não fica sabendo as coisas que tá sendo conduzidas, cê entendeu? Como que está acontecendo. Igual o (...) mesmo, agitou com nós sábado aqui feio, de chegar a pegar a cadeira e tudo. Eu fui conversar com a (...) na Segunda, mas ninguém tá sabendo de nada não. Quer dizer, passado foi, então por que que isso aí não... se perde em tão pouco tempo né. Então diálogo. Igual o (...), a crescente dele que tá aqui que tem dias que não toma remédio, só toma remédio velado, a condução está sendo difícil e todo dia nós estamos relatando isso, estamos falando como que ele está persecutório com determinadas pessoas que ele fala assim. O risco de passagem ao ato dele por ele está alucinando demais e com determinada pessoa, e parece que tá sempre se perdendo por que tudo continua do mesmo jeito. Igual ele fala que tem sete meses que tá aqui, mas não tem sete meses isso tudo não, tem uns cinco meses e tá desse jeito. Então eu acho que as condutas deveriam ter mudado.

Profissional 9 - P9**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 36 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 10 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 10 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação?**

Já, sim. Tenho várias experiências né, eu acho assim, que no... quando a gente... no início quando eu entrei aqui no (...), aí eu tinha medo, eu ia conversar com o paciente para falar... é pra falar o que eu sinto? O que eu sentia? Ah tá! Tinha medo, tinha um medo assim, de chegar perto do paciente, de abordar mesmo, de falar qualquer coisa com o paciente, eu tinha muito medo, dele gritar comigo, é... eu morria de medo de uma paciente gritar comigo. E aí depois, assim, com o passar do tempo a gente vai, eu acho que é... ficando mais esperto ganhando mais experiência, até o que falar. Que eu acho assim, que eu tinha dificuldade, eu tive essa dificuldade agora, quando eu voltei que eu fiquei um ano afastada, o que falar em um paciente. Tipo assim o paciente estava chorando aí eu fiquei "nossa o que que eu vou falar para ela, como é que eu vou chegar perto dela falar né?". E ela tava chorando, chorando, chorando, e eu não podia fingir que não tava vendo, ela tava ali. Aí.... e o que eu vou falar com ela? Aí eu cheguei, eu não esqueço disso, meu primeiro dia que eu voltei. Eu falei com ela assim "está tudo bem?". Lógico que não estava bem (risos), ela estava chorando, chorando, chorando. Na verdade eu queria fingir que eu não estava vendo, mas eu não consegui fingir que não estava vendo. Então, assim, e aí nessas abordagens a gente sofre muita agressão, física e é... verbalmente né, mas graças a Deus na maioria das vezes é verbalmente, né. Nas vezes que a gente vai conversar com paciente nessa abordagem, da crise tanto faz na hostilidade. Que eu acho que quando o paciente está deprimido, tá pensando em autoextermínio, ele não é muito agressivo com a gente. A não ser esses bipolar que mais... mal humorado. Porque aí o paciente ele só fica... ele não é agressivo com a gente. É uma abordagem mais tranquila eu acho. Para mim eu acho que a abordagem mais difícil é do bipolar.

Você consegue se lembrar de um episódio, de uma situação específica?

Oh, eu tenho... tem o (...), que foi, que é o que me marcou também, que foi na minha volta. Que é... ficava aí à tarde inteira é xingando todo mundo, é... hostilizando, ameaçando os funcionários, os paciente, tudo né. E aí no dia que ele, e ele é um paciente esquisito, porque quanto mais a gente fala calmo com ele mais ele grita e... que é o contrário que a gente aprendeu né, vão falar calmo com o paciente que a gente não tem que estressar. Só ele é o contrário, quando mais calmo você fala com ele mais ele grita, mais hostil ele fica, mais agressivo ele fica e assim. Eu não lembro, mas o desfecho da história é que eu fui embora chorando copiosamente. Cheguei em casa chorando, não conseguia parar de chorar. E ele assim, eu fui embora e eles ficaram pra conter ele, só que no final não conteve ele.

Porque você chorou?

Porque ele foi muito agressivo comigo, porque ele... eu falei para ele assim... ele tava xingando a (...). E porque a (...) ia dar uma medicação extra que a (...) tinha prescrito. Só que... sabe quando o médico vem, entrega a receita para enfermagem e não fala nada com paciente? Aí a Iara foi abordar ele "oh (...) tem uma medicação aqui pra você", e era haldol com alguma coisa. Aí ele começou a ficar agressivo com a (...). Aí eu falei assim "não fica assim com ela

porque não é responsabilidade dela". Aí ele pegou e partiu para cima de mim. Ele pegou e falou assim "eu não tô falando com você é...", eu falei assim "mas calma vamos conversa". "Não que conversar sua piranha, sua puta, sua vagabunda!". E gritando assim, no meu rosto. Aí eu fiquei calada, deixei. E nisso o (...) estava contido, e o (...) estava se jogando da cama. Foi tudo ali o corredorzinho. O (...) se jogando da cama, ele gritando comigo. Nós vimos o (...) lá, assim, aí a gente foi consertar o (...). Nisso que a gente consertou... foi, entrou pro quarto, ele pegou e foi atrás de mim novamente, me xingando, xingando, eu falei "mas calma, por que você está falando assim comigo? Eu estou te tratando, não é desse jeito eu quero conversar, resolver". E aí ele mais me hostilizando. E nisso o (...) ficou quietinho, ele gritando, o (...) voltou pra cama, ficou quietinho, aí ele pegou e saiu. Na hora que ele saiu aí eu falei, "até o (...) ficou quieto agora" aí nós pegou e riu. Porque, não dele e nada, mas porque o (...) na agressividade dele, do jeito que ele estava falando com a gente, até o (...) assustou. E aí que a gente riu, ele pegou e voltou, voltou e veio pra cima de mim de novo "você está rindo de mim sua vagabunda?" E aí eu tava de máscara, e aí ele puxou minha máscara. Aí as meninas já seguraram ele, porque achou que ele bater na minha cara alguma coisa assim. E aí seguraram ele, e aí acabou. E aí menino eu comecei chorar, fui lá pra dentro comecei chorar não consegui me conter, assim, nas lágrimas. E fui embora chorando, cheguei em casa chorando. Uma coisa assim inexplicável. Porque eu me senti muito atacada, estava voltando de licença maternidade, e aí você chega em um lugar, na primeira semana, pra te chamar de vagabunda, de piranha e não sei o que. Eu achei assim, muito pesado pra mim, foi muito difícil. E fora assim que a gente sempre né, aqui no (...), eu não sei se é em todo (...) diariamente a gente é hostilizado né, diariamente. Tanto faz, não é só na crise que o paciente aqui xinga a gente desrespeita a gente. Vagabunda e piranha parece parece que está na boca deles sempre falar da gente.

O que você acha que desencadeia esse comportamento?

Eu acho assim, que a falta de educação em primeiro lugar. Porque, não é porque é um paciente psiquiátrico, que tem que tratar a gente desse jeito. Eu acho que a falta de educação e de respeito com os profissionais aqui. Eu não sei assim, se é uma coisa é... não sei se palavra é gerencial, se é assim. Porque aqui eles desrespeitam todo mundo. Mal, mal eles respeitam a (...), e olhe lá. E assim, o médico mais ou menos né, e é assim. Porque assim, a maioria dos profissionais de técnico e principalmente... lógico que a enfermagem é o mais desrespeitado, diariamente por isso. Eu não sei assim se é... eu acho que primeiro é a falta de educação, e essa falta de respeito eu não sei parece que ela vem assim é... de um âmbito maior, essa falta de respeito com a enfermagem, eu não entendo. Por que essa falta de respeito sabe? Com o profissional que está ali trabalhando. Tudo bem, tem uns que trabalham com uma cara, trata o paciente mal, mas mesmo assim. É uma falta de respeito que eu não sei, é... que não é... você vê que em hospital o povo trata a enfermagem mal. Em outros ambientes a enfermagem é desrespeitada, não sei, assim.

Quais sentimentos esse momento de despertou?

Eu sinto angústia, tem essa angústia né, e fico pensando assim, me dá uma tristeza. Fico acho que mais é angustiada, com essas coisas... que vem né. Pra quê tanta falta de educação, tanta falta de respeito? Eu fico pensando, pra quê isso, né? Pra quê isso?

Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador e violento?

Olha, já corri, e já enfrentei (risos). Nesse dia eu corri né do (...). Mas assim, já enfrentei, já consegui, assim, colocar... ter postura, de falar você não vai me tratar desse jeito, você não pode me tratar desse jeito, mas é uma coisa assim é... como é que fala? A gente tá correndo risco quando fala isso né! Eu acho que o mais seguro pra gente sair fora, sabe (risos), é sair!

Principalmente aqui, porque a gente é agredido fisicamente e aí? Fica por isso mesmo. Eu falo pras meninas, a gente aqui apanha o quê resta para a gente? Ir embora para casa chorar. A única coisa que resta para a gente é ir embora para casa chorar. Antes pelo menos tinha a (...) que tinha o coração bom, quando a gente apanhava ele dava um atestado para gente. Eu lembro uma vez que o (...) me agrediu. Mas no caso ele... eu dei foi má sorte, porque ele estava contido e eu fui ajudar os meninos a conter, ele tava se descontentando, fui ajudar a conter ele novamente e aí ele me pegou, e me bateu. Mas eu acho assim que não foi assim não foi por mim... ele não bateu em mim assim, porque sou eu "ah a (...) chegou lá eu vou bater nela" não foi uma violência direcionada. Acho que é porque na hora da contenção né contendo ele de novo ele pegou e me agrediu. Aí nesse dia foi bom... foi bom assim né... pelo menos, eu fui embora pra casa chorando, mas fui com atestado de dez dias para casa. E eu acho assim, porque eu não sei, você falou que nunca foi agredido, mas quando a gente é agredido, a gente vai embora para casa com sentimento de nada. Você pensa "nó, eu não valho nada, nada (choro)". Porque você apanha, o que resta pra gente? É embora para casa chorar. E... eu já sofri várias agressões, eu tenho, pelo menos na época da (...) fazia CAT, eu tenho lá um histórico grande de CAT. E aí você, no outro dia, você fica uns três dias mal. Porque você pensa "o que que eu...", você pensa "você não vale nada". Você vai embora pra casa se sentindo um lixo. Igual, teve uma outra vez também que a... teve foi uma confusão generalizada com a (...), que aí ela juntou ela e a filha dela para bater na gente. A gente lá ia conter uma outra paciente. Foi assim, a paciente... estava com a (...) e o (...) no plantão, sexta à tarde pegando fogo. E a (...) com ideação de autoextermínio, (...) não, (...) com ideação de autoextermínio, "eu vou me matar, vou me matar, vou me matar..." E a (...) tentando conduzir e tudo, e ela com remédio na bolsa falando que ia tomar e tudo. Aí a (...) falou que a gente ia ter que conter, porque não estava abordável pela palavra e tudo, aí a gente foi conter a (...). Nisso a (...) tomou as dores da (...), e veio pra cima da gente e a filha da (...) também. Nisso o (...) segurou a (...) e a filha da (...) continuou agredindo a gente. E aí juntou outros pacientes e meu óculos foi parar lá no meio do pátio. E aí nós ficou assim "nossa". O (...) segurando a (...) assim ó, de costas, eu fui no (...) e falei assim "nó o que que nós vamos fazer? O que a gente vai fazer?" Nós não sabia o que fazia. E a (...) gritando, a filha da (...) gritando. Aí ele falou assim pode conter a (...) que eu vou segurar ela aqui. E aí nesse dia como é que você vai embora pra casa? Depois de um episódio desse. Uma confusão generalizada, todo mundo apanhando. Nesse dia todo mundo apanhou, o (...) apanhou, (...) apanhou, todo mundo apanhou, da paciente, da filha da paciente, gente! E você vai embora... essa foi a última vez que eu sofri uma agressão aqui, foi assim 2020. Você vai embora pra casa, pensando assim "gente, eu estou indo trabalhar, sofro uma agressão dessa, uma violência dessa e simplesmente fica por isso mesmo". É uma coisa assim que eu acho estranho. Porque dá para entender que os pacientes podem... dá entender não né, eles sabem disso, que eles podem bater, pode fazer o que quiser com a gente, que nada acontece. Fica essa sensação de impunidade. Assim, de injustiça. O que eu acho assim, não sei se... não estou falando que tem que conter... nem sei se conter é a solução também, mas pelo menos assim "nó me bateu..." Você vai agredir uma pessoa, não pode fazer isso, você tem que ter uma punição, sabe. Eu acho que fica muito livre isso. Eu acho que é muito livre. Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador ou violento? Eu acho que é isso, assim. E.. depois que... eu comecei me resguardar mais. E é engraçado isso, eu acho muito engraçado isso, a arte marcial me ajudou muito nessa questão, fora a terapia também. Mas, eu lembro que eu fazia circuito antes de começar o Jiu-jitsu, e aí... sempre apanhava, e é o mesmo professor, e ele falava "Eh! (...), faz Jiu Jitsu, quando você começar a fazer Jiu Jitsu nunca mais você vai apanhar!" Aí eu falava assim "para com isso (...)". Ele "não você vai ver nunca mais você vai apanhar" E realmente eu fiquei muito tempo sem sofrer uma agressão física. Eu acho que a minha postura diante da crise, dessa situação mudou. Eu

não sei te falar assim o que que mudou. Não sei se é só os paciente saber que eu fazia Jiu-Jitsu eles já paravam (risos)! Não é, num é? Acho que não é isso! Eu acho que é a postura, eu acho que mudou alguma coisa assim na minha postura, que eu tenho cer... E foi justamente depois que eu comecei a fazer o Jiu Jitsu que melhorou. Eu acho que é a postura, é... da... física da gente mesmo. Eu acho que é isso. Como você avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo? Eu não acho que é boa, porque se fosse boa eu não apanhava (risos). Nem era muito hostilizada. Eu acho que eu tenho muito que aprender ainda, é nessa questão de abordagem, porque num é... eu num sei falar.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem?

A minha estratégia agora é manter a calma, é manter a calma. Eu sempre falo com os meninos do curso que você deu, falo assim “olha o (...) falou gente, noventa por cento... setenta né? Por cento da agitação dos paciente é os funcionários que causa (risos), então vamos manter a calma. Então assim eu tento sempre observar meu tom de voz, que eu tô falando, e sempre falar mais pausadamente. Acho que eu ficava mais eufórica, mais gesticulando, falando, falando, sem parar. Ai eu sempre tento, agora né que eu estou falando, observar meu tom de voz, falar mais baixo, e falar mais pausadamente.

Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Me sinto. Sinto principalmente nessa questão de agressão física, porque é isso que eu falei né, a gente é agredido e o que resta pra gente é ir pra casa chorando. E agora, depois que eu voltei, eu tenho muito mais medo de apanhar agora que eu sou mãe, não sei porque, tenho muito mais medo de ser agredida do que eu tinha antigamente. Então assim, tenho mais receio de chegar perto de um paciente, mais agitado, eu tenho muito mais receio agora, sabe. Parece que voltou assim do início, parece que eu entrei no (...) de novo, assim, vivendo tudo de novo, aquela angústia, aquele medo.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Antigamente eu julgava muito as pessoas, muito, muito! Nó, melhorei demais. Depois que eu virei mãe que eu passei a... Eu tinha isso de mim de... sempre as pessoas, sempre julgava a pessoa como um mal profissional, pra ser sincero mesmo, sempre como má profissional. Principalmente na enfermagem, você sabe como é esse povo que gosta de levar tudo em banho maria, não esquenta a cabeça. E aí, a maioria das vezes eu sempre julgava isso. A não ser na questão de agressão. Porque a questão de agressão é uma coisa que sempre mexe comigo. Saber que um colega foi agredido é muito difícil. E aí eu sempre pensava isso. Hoje em dia eu penso assim... Eu comecei a pensar assim que cada um tem de um jeito, porque, não porque eu penso que tem que ser dessa forma que todo mundo tem que agir dessa forma, comecei a aceitar melhor as pessoas. E era o que eu pensava antigamente, hoje em dia não, eu escuto tento analisar assim, mas eu sem aquela coisa de julgar, sabe? Sem achar que a pessoa estava errada e tudo, sabe?

Profissional 10 - P10**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 45 anos**Sexo:** Masculino**Tempo de profissão:** 26 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 11 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação?**

Sim. Sim é... Eu me lembro aqui do paciente... fugiu o nome dele agora, é... aqui da região, morador da (...), foi paciente inclusive da (...) transtorno bipolar. O primeiro contato, é... estava em crise né, e... o primeiro contato que eu tive com ele foi há alguns anos, uma crise que ele teve, é... ele chegou aqui no serviço uma abordagem é muito difícil ele não queria ficar, não tava aceitando abordagem e... queria evadir de qualquer maneira. É... e aí a abordagem foi simples. A gente tentou estabelecer o contato verbal ali com ele, tentou contactar né, e... naquele momento dele daquela crise dele, ele não aceitou bem essa abordagem, onde a gente teve que é... fazer a contenção física né. Foi uma contenção difícil porque ele realmente estava no momento muito difícil né. Mas depois ele, com passar dos dias a entrada da medicação, ele começou a ceder no sentido de interagir melhor com a equipe né, entender e que a gente tava ali para ajudar ele né, e começou a aceitar mais o tratamento. Pena que me fugiu o nome dele agora você conhece ele também, eu não tô me lembrando o nome dele aqui. Mas uma das experiências mais marcantes foi essa sim, a dele.

Por que foi marcante?

Porque eu achei que... é... primeiro, possivelmente porque, ele foi uma das minhas primeiras experiências na saúde mental, com esse tipo de situação. Então no primeiro momento a gente assusta né, rapaz fala mais alto né, e tem um crescimento assim, que parece o cara vira um gigante na sua frente né. E... a gente fica temeroso porque a gente não sabe o resultado que vai dar né. Tanto... porque a expectativa sempre... eu sempre trabalhei assim, de repente com uma conversa a gente se aproximando conversando a gente consegue estabelecer um caminho né para interagir ali para conseguir fazer a pessoa voltar daquela posição que ela se encontra mais agressiva né. Ele falou, me lembro dele essa frase "eu tô aqui para Matar ou Morrer", naquela, naquele momento dele ali. Então tentamos ali desfazer desconstruir essa fala dele, esse pensamento dele, essa postura dele né, "ou tudo ou nada né". Mas o que contribuiu para o sucesso desse evento com certeza foi um efetivo bom de pessoas ali né, ninguém teve que fazer nada sozinho, todo mundo atuou junto e isso fez a diferença. Nesse episódio foi um sucesso, felizmente né. O paciente felizmente não se machucou. Conseguimos fazer a contenção dele, ele é muito forte, muito resistente, mas como todo mundo entrou junto abafou. Aquele momento dele mais agressivo e não teve como reagir muito. Embora tenha tentado né. E depois do sucesso foi, foi, foi aumentando né, devido a interação da equipe multidisciplinar. Atendendo ele diariamente. Ele foi aceitando a medicação foi... ele foi passando aquele momento mais crítico ele foi vendo que precisava de ajuda. E ali foi um sucesso. Outra situação, que essa eu posso descrever que foi um pouco mais difícil, foi do (...), é... paciente do (...). Dessa vez não teve muita conversa. Ele evadiu da unidade né, foi muito assim, agressivo. Passou por parte da equipe né, de enfermagem, empurrando. Passou pelo porteiro e evadiu pra rua né. E como é que tava muito tomado, uma das plantonistas saiu, foi atrás dele. Eu fui em companhia dela, pra gente tentar abordar ele na rua. Porque ele tava assim, ele não estava bem mesmo, ele tava bem transtornado mesmo né. E aí nesse evento na rua a gente

abordou ele tentou convencê-lo a voltar e ele ainda estava bastante agressivo. Ele não gostou da gente ter abordado ele e acabou que ele veio para cima né, tivemos que fazer uma contenção nele naquele momento ali. Foi na rua aqui, na avenida. Imobilizá-lo ali foi difícil. Primeiro pelo público que estava presente na hora. Porque a intenção mesmo era realmente conseguir trazer sem uso de força né, mas não teve jeito nessa situação. Felizmente deu certo porque, ele não... ele embora tem investido com muita força contra a gente, a gente ainda conseguiu segurá-lo, imobilizá-lo com segurança e trazê-lo da onde, do ponto a gente tava para dentro do (...) novamente, mesmo ele fazendo resistência. Mas foi um dia difícil porque, você esperar assim, que o sujeito vai evadir né. E você ver que é um sujeito grave que ele não pode, não tá naquele momento ele sair da unidade ainda, então risco para ele, risco para outras pessoas. Principalmente pra família que ele estava bastante persecutório com a família. Nós então tivemos essa de ir atrás. Felizmente nesse episódio também conseguimos com sucesso, mas devido ainda assim é... apesar da agressividade dele naquele momento né. Um outro paciente também, paciente de nome (...) também morador da (...). Ele... ele sempre foi muito persecutório com nosso serviço né, então nas crises dele as contenções dele, ele era muito agressivo. Mordia, se jogava no chão, dificultava para levantar né. E eu me lembro de uma vez que ele também evadiu aqui do serviço e ele subiu aqui na rua de trás aqui do (...), e... fomos atrás, foi a plantonista e mais um companheiro de enfermagem, abordamos ele, ele não quis voltar, também ficou hostil, ameaçador aí, nós tomamos a primeira atitude de segurá-lo. Curiosamente, tava na área que ele trabalhava, aí o povo cercou, a população cercou e não tava entendendo o que tava acontecendo, o motivo que a gente tava segurando ele. E aí ele conseguiu dramatizar a situação, foi até hilário e irônico, na verdade (risos). E a plantonista é... tentando acalmar o pessoal, a população que tava, já tava... vendo a gente segurando ele. E ele pedindo para soltar e para ajudar ele. E os colegas de trabalho querendo entrar para ajudar e eu tentando abordar. E parece que pessoal não conhecia ele tanto assim porque não sabia da questão da saúde dele, do problema, dessa questão da saúde dele. Felizmente passou uma viatura na hora, da PM, onde nós pedimos auxílio eles ajudaram a manejar o público. Que alguns já estavam até xingando a gente, falando que a gente estava fazendo covardia, mas não era, a gente só segurou e não deixou de sair. E colocamos ele, nós conseguimos junto com a PM colocar dentro da viatura e transportamos ele de volta para cá. E aí é que foi feita toda a conduta, contenção física e contenção química né. Com passar dos dias também né, com a interação da equipe, é multidisciplinar né, ele foi melhorando, melhorando até estabilizar e ter alta. Mas foi um episódio difícil, porque as agitações dele, ele dava muito trabalho. Batia, cuspiam, mordia, era uma coisa assim, bastante diferente né. Normalmente as contenções de homem que eu participei, mais é agressividade com soco, com chute, empurrão né. Mas até então ninguém tinha me mordido, não que ele tenha me mordido nesse episódio, mas ele tentava morder a gente né. Outra... outro episódio interessante também foi, tinha uma menina, a... fugiu o nome dela aqui agora. Mas ela na verdade ela entrou no consultório para exigir da psiquiatra, que tava grávida também, acho que de uns 7 meses ou 6 meses, tava com barrigão, a alta. E ela cercou ela e não deixou ela sair de jeito nenhum. E aí nós entramos, a psiquiatra abriu a porta e pediu para equipe ajudar. Entramos no consultório e ela não queria sair de jeito nenhum, não aceitou. E aí um dado momento a gente viu que não ia conseguir tirar ela só conversando, então a gente se aproximou dela para segurar ela, onde ela desferiu a mordida também no meu braço. Foi a segunda mordida que eu ganhei aqui. Já tinha ganhado uma há uns anos atrás e foi uma mordida bem feia. Mas conseguimos tirar ela. Até achei que era o estrago tinha sido maior, mas felizmente, causou muita dor, mas não não passou disso. Não teve perda de tecido, mas ficou uma marca bonita também (risos). Bem, foi isso, assim. Outro episódio é também que eu achei bastante agressivo, foi como um paciente (...), esse foi mais recente aqui no (...). Ele vem com a mãe do bairro dele e ele bastante agitado, até visivelmente

delirante. Dentro do ônibus ele brigou com alguns passageiros, agrediu, estava agredindo a mãe e a mãe conseguiu trazer ele para cá. Chegando aqui o CERSAM estava cheio, ele... eu me encontrava no acolhimento, eu pedi que ele aguardasse, mas ele entrou para dentro do serviço. Como estava muito cheio, muito lotado eu alertei o plantão né, porque assim podia fazer abordagem dele. Ele abordou um paciente dentro do pátio paciente de nome (...) e... e começou a hostilizar esse paciente que esse paciente que já estava mais bem estabilizado, tava na PD. Ele se retirou do local foi para recepção e esse rapaz foi atrás dele, o (...). E ele começou a hostilizar mais ainda o (...). O (...) então optou por sair ficou na porta, na portaria. O (...) foi atrás e aí ele fez sinal para mim "o rapaz tá querendo briga comigo, aqui é briga agora?". Quando ele fechou a boca (...) começou a desferir vários socos nele, com bastante agressividade. Pelo menos três socos atingiram a cabeça dele. Nesse momento eu tive que me deslocar onde estava, para imobilizar ele, conseguir trazer ele para dentro do pátio. A equipe entrou junto me ajudou a segurar, levamos ele para o leito, fizemos a contenção dele. Esse caso eu chamo mais atenção para ele por causa das ameaças dele. Visivelmente ele não tava bem, mas fazendo ameaça de cunho até mais pessoal falando que atacar a família, que isso não ia ficar barato, que essa contenção não ia ficar assim. Que era pra soltar ele porque se não ele ia chamar é... alguns conhecidos dele que é ligado ao crime. Ele morador de uma região mais de risco né, e não sei se ele tem envolvimento realmente, ou tinha né? Envolvimento aquela época com esse tipo de indivíduo. Mas o fato é que as ameaças dele foram bem firmes mesmo, e ele não foi descontido até nosso plantão terminar. E esse moço depois de uma abordagem do plantão ele aparentemente apaziguou e assim que ele foi liberado a contenção. E foi encaminhado ao banheiro que tá precisando de usar, foi oferecido jantar. Ele sentou um pouco no pátio se dirigiu a portaria, e... onde ele veio a desferir um chute na porta, na placa. Ele conseguiu quebrar a placa com um chute só, e ele evadiu por esse buraco que ele fez. Ou seja, abriu um buraco na porta e evadiu. Foi para casa, e em casa, e segundo relato dos familiares ele chegou agrediu a mãe novamente, bateu muito na mãe. É uma senhora já com mais de 65 anos, na verdade mais de 70 anos. E aí depois disso os familiares interviram. Trouxeram ele alguns dias depois. Não sei que abordagem que eles fizeram lá. Ele voltou, dois dias depois sumiu também. Hoje curiosamente hoje ele veio ao serviço, parecia está muito bem. Não tava aquele comportamento assim, agressivo como estava alguns... dois meses atrás não. Aí não sei se ele... ao tratamento aqui ele não aderiu. Não sei o que foi feito se levaram ele para algum outro lugar. Mas o fato é que na época ele tava bastante, bastante agressivo e realmente assim uma postura bem violenta mesmo. Dos mais marcantes foram esses mesmo né.

Na sua concepção, o que você acredita que desencadeia esse tipo de comportamento?

Primeiramente realmente é a crise mesmo né, é... porque os vários, vários tipos de transtornos, cada paciente tem uma reação diferente né. Alguns ficam mais agressivos verbalmente, outros fisicamente. Mesmo porque tem uma questão do delírio também né, auditivo, visual né. Conflitos também familiares né, por causa dessa crise se aumenta o conflito né. Não consegue entender que naquele momento as pessoas estão tentando ajudar ele. E alguns ficam mais aflorados na questão da violência né. Então, eu acho que fica muito mais fácil acontecer isso. Eu acho que cabe assim a equipe de um modo geral ter essa sensibilidade, mesmo. Mas ao mesmo tempo tá preparada, porque como ele tá fora de si, não tá no seu, sua crítica normal, seu juízo, ele pode... a gente tem que considerar que ele pode ser capaz de qualquer tipo de agressividade mais intensa mesmo né. Então acho que uma coisa que eu aprendi na saúde mental é que a observação, ela é fundamental. Não é porque o ambiente está tranquilo dentro de um (...) ou dentro do hospital, de uma ala... você chegou, tá tranquilo! Não é porque tá tranquilo ou urgência psiquiátrica, aparentemente tranquila que não vai ocorrer episódios. Eu até costumo falar que quando tá tudo muito tranquilo, pode abrir o olho, porque com certeza

alguma coisa acontece. É que quando tá tudo, aquele ambiente mais agitado, aqueles gritos, aquela falazada, aquela troca de ameaças você fica mais alerta, a equipe fica mais alerta. Mas quando tá tudo tranquilo todo mundo abaixa a guarda, ninguém espera que aconteça, então assim eu acho que é justamente o comportamento oposto que aquela equipe tem que ter. Tá tranquilo demais, fica mais atento, não baixa a guarda não, porque justamente nesses episódios aí que, nesses momentos é que costuma ter uma agitação, uma tentativa de auto-extermínio né. Às vezes o paciente chega, percebe... tá com aquela ideação, percebe que o ambiente tá tranquilo, tá fácil pra ele partir pro ato, vai e comete. Então assim, eu acho que a equipe como um todo tem que está muito alerta, principalmente quando o ambiente fica assim.

Quais sentimentos essas abordagens te despertaram?

Olha é... o primeiro sentimento mesmo é o de... o do Cuidado mesmo. Essa atenção que a gente tem que ter para cuidar né. Esse cuidado, ele é muito amplo. Ele tanto no sentido de você observar para você prever uma agitação. Um... né, uma hostilidade ali, e tentar conduzir a situação da melhor maneira possível né. Inicialmente quando a gente tem esses contatos com essas situações mais hostis, a gente costuma é... normalmente tem medo, que é normal né, e pensar se aquilo ali mesmo que a gente quer. Eu acho que um momento que a gente tem que refletir muito, porque eu acho que para tá trabalhando, seja num (...), num CAPS, seja em um Hospital a gente tem que gostar do público da saúde mental. Então assim é... eu sugiro às pessoas que, quem tá chegando né, ter essa... fazer essa auto-análise mesmo, quem tá começando, iniciando. Para perceber mesmo se gosta de trabalhar com esse público, por que pra tá aqui, não é... não pode ser qualquer pessoa. Não é... digamos assim as pessoas que diz "ah nós somos normais, a gente não é..." , as pessoas falam "nós não somos doidos não". Mas assim, é um povo que quando entra num ambiente desse o povo... cabelo arrepia, o povo fica apavorado. E tem um diferencial de quem gosta trabalhar, pessoa entra fica tranquilo, fica normal, né. Então assim é, eu acho que é uma coisa que liga a outra. O gostar de cuidar desse público, o gostar de lidar com esse público é fundamental, faz a diferença toda. Pra gente ter sucesso, conseguir trabalhar e cuidar desse público.

Qual é a sua atitude diante desse comportamento?

De agressividade? Olha eu faço, eu faço o seguinte. É... algumas... tem situações que o paciente, ele fica mais persecutório com outro colega, com outro companheiro de equipe ou mesmo com a família né, devido aquele momento que ele tá. É... eu acho o seguinte, e quanto... a equipe tem que perceber com quem que ele tá mais persecutório. É com o médico? É com a enfermagem? É com a família? Acho que quem tá de fora e ele não tá com aquele foco sendo mais persecutório, quem tá de fora consegue manejar melhor. E quem tá sendo o alvo daquele, daquele momento dele está persecutório com profissional com a família precisa se afastar. Então assim, se eu percebo que o paciente está persecutório comigo eu recuo eu não fico na frente dele. Ele vai ficar mais provocado, ele vai sentir mais provocado, a minha presença ali não vai ajudar ele né. A minha abordagem não vai ajudar ele, porque ele tava persecutório comigo por alguma razão eu represento para ele alguma coisa que, que é o mal para ele sei lá (risos) é o demo, vai saber né (risos), mas no meu sentimento é esse. Eu percebi hostilidade, que o paciente ficou mais persecutório aí eu recuo. Fico de longe observando se tiver alguma agitação, lógico, tem que ajudar a equipe. Hoje eu já não tenho mais aquela questão. Quando a gente começa a gente fica assustado, vem até o medo mesmo de acontecer alguma tragédia né, algum acidente né. Porque a medida que a gente vai trabalhando a gente vai ficando mais confiante. Que primeiro a gente não trabalha sozinho e felizmente as crises passam e os pacientes melhoram. Entra em crise de novo, aquela confusão de novo, mas isso é uma coisa certa, aquilo vai passar. Então meu sentimento, eu encontrei paz assim, para tá

trabalhando com esse público. Porque eu... lógico que eu tô aprendendo, não sei tudo né. Mas essa questão de entender a natureza da situação, como que ela ocorre, ela vai e vem, então vai passar. E eu preciso ficar atento, se tiver mais persecutório comigo ficar mais distante observá-lo, mas sem fazer muita interferência, ajudar a equipe quando precisar.

Como você avalia sua atuação diante do paciente com comportamento agressivo?

Então é... eu aprendi já no meu primeiro contato com a saúde mental, que foi lá no (...), foi minha escola principal lá, é... eu aprendi a, a ter essa sensibilidade, essa percepção, é... de primeiro, o paciente está mais agressivo? Não torná-lo... não intensificar essa agressividade dele, com palavras, com deboches, é batendo de frente ele... com ele, naquilo que tá falando né. Não ficar conflitando ele.. Então acho que uma coisa que a equipe como um todo precisa ter. A minha atuação é essa, é não ficar conflitando com o paciente. Seja verbalmente, instigando ele a intensificar aquele sentimento dele e o comportamento ficar mais agressivo. Então minha primeira postura é essa, é de não conflitar. Às vezes, principalmente, nós homens quando a gente tá, estamos trabalhando, normalmente a gente tem uma postura mais, digamos assim, principalmente quem é da assistência, você fica numa postura um pouco mais séria. Digamos assim, principalmente que é da assistência, você fica com uma postura um pouco mais séria, um pouco mais soldado ali né. Mas de vez em quando você tem que desfazer dessa postura, interagir com os pacientes, tentar fazer o contato. Se tiver persecutório você se afasta. Mas tentar fazer um contato né. Na hora dos... por exemplo, na hora dos lanches, por exemplo, do almoço oferecer né, chamar para o lanche. Oferecer um banho na hora que tiver na hora do banho. Às vezes o paciente tá... o tempo está muito quente está aquele calor, sei lá não custa nada ir lá para pegar um copo d'água, oferecer água para ele né. É se colocar à disposição para atender alguma demanda que ele tenha. Às vezes quer fazer contato com paciente... perdão! Com algum familiar. Ou mesmo com o psicólogo ou outro profissional e está com aquela dúvida se a gente não se dispor a fazer essa ponte né, então acho que isso tudo já ajuda aí manejando o paciente e estabilizando ele também, além da... fora o fator medicação né, o tratamento em si.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

Ao paciente agressivo né? Primeiro eu tento o contato verbal, sem me aproximar muito. Porque alguns, na sua crise ele vai entender aquela aproximação física por a mão por exemplo para alguns, aquilo é uma afronta é... do outro mundo né. Então não. Chamo ele pelo nome, é... dependendo de como tiver a exaltação dele, peço conversar com ele. Peço permissão para falar com ele. E se o contato verbal não foi o suficiente para apaziguar ele né, evidentemente que nesse momento eu não vou estar sozinho eu sempre procuro acionar a equipe, os meus colegas de enfermagem, o plantão né. E aquela coisa, eu prefiro trabalhar em cima da observação. Percebi que o paciente está mais inquieto, mais delirante, ficando mais hostil, tem risco de agitar? Aí já comunico o plantão, deixo a equipe mais em alerta. Se ele começar a exaltar tento me aproximar, mantendo uma distância de segurança, tento conversar com ele né. Aí dali a situação toda ela flui. Ou paciente ele vai apaziguar né, vai aceitar em uma medicação extra, vai aceitar abordagem, vai até conseguir falar o que ele está sentindo, ou ele vai agitar de vez né. Então nesse momento, a gente já tá ali pronto para poder fazer a contenção física mesmo, a condução ao leito. Porque quando a gente pensa em contenção a gente tem que pensar o seguinte: você tem que deixar tudo preparado. Tudo bem que tem aqueles momentos que tem aqueles momentos surpresa né, que acontece normalmente quando tá tudo muito tranquilo né, mas tem aqueles casos também que tá naquele tumulto toda a pessoa agita, paciente agita, então, o mínimo que você pode ver se você segue né... consegue aplicar a questão da observação você vê que vai agitar deixa o leito preparado. Alerta equipe, "oh fulano está preste

a agitar, vamos deixar o leito crise preparado". Então assim eu acho que são, são... tem um passo a passo: observação, abordagem né verbal né, ou melhor a observação, alertar a equipe, começou a exaltação abordagem verbal, ou da equipe de enfermagem ou do plantonista ali da equipe de plantão né, e o próximo passo seria se caso não haja um retrocesso aí na, na... na exaltação, piore né, se for o caso é a contenção física mesmo, e química é lógico né. Porque a gente não pode esquecer que não adianta fazer uma contenção física se não tiver uma contenção química aí vira... até pro paciente é ruim, cara ficar vai amarrado sem tomar medicação para dar uma apaziguada, aí é, como se diz, é maldade, é sacanagem, não pode.

Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria?

Não. É lógico assim, se você entrou dentro do ambiente você tem que entender que é um ambiente que pode acontecer tudo, né. Aqui como se diz, não vim para uma casa de massagem, pra relaxar, um sauna ah... Agora estou de boa! Vou tomar cerveja aqui. Não. Ali você tá ali para tratar das pessoas que tem seu transtorno ali, tão sofrendo, tão precisando de ajuda e você tem que estar realmente com a visão pronto pra tudo pode acontecer. Você não desliga não! Entrei para dentro do (...), do CAPS, do hospital "vou desligar aqui meu sentido Aranha aqui que não vai dar nada". Não, mantém o sentido Aranha ligado, fica tranquilo né. Com o passar do tempo a gente vai... eu me sinto assim no momento né. Eu comecei na saúde mental no hospital (...) em 2011, repito lá foi uma grande escola para mim. Vim para o (...) em 2014 e hoje eu tenho mais paz e tranquilidade para trabalhar com paciente psiquiátrico do que propriamente dito medo ou tensão, ou é... hostilidade. Pelo contrário, fica em paz. Venho para trabalhar em paz. Sei que é um ambiente que tem seus, seus diversos momentos né. De repente tá uma paz, de repente vira aquela tempestade. Eventos que... como posso dizer? Eventos que vem para surpreender a gente. Mas eu venho tranquilo, eu venho com coração tranquilo, então eu me sinto em paz, pra trabalhar na saúde mental sim. Muito provavelmente por que eu gosto.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Olha eu... Entendi. Eu vejo da seguinte maneira, é... a gente tem que ser, do mesmo jeito que eu tenho que ser solidário com o paciente, eu tenho que ser solidário a equipe. Então assim, a gente sabe que nem toda abordagem, nem toda contenção, por exemplo, ela é 100% segura e 100% sucesso. Pode acontecer algum acidente né, a gente tem que dar o melhor da gente para que não ocorra acidente nem com a gente nem com a equipe. Mas pode acontecer, infelizmente o que é uma coisa imprevista né. Eu, eu procuro ser solidário tanto com o paciente quanto com a equipe. Porque eu acho que assim, especialmente na saúde mental a soma dos esforços, nesse caso da solidariedade também que vai gerar o sucesso né. Eu acho que é, longe de mim querer fazer mau juízo do plantão A do plantão B, da conduta do plantonista fulano ou ciclano né. Foram eles que viveram aquele momento ali né. Aquela momento ali foi ímpar para eles, então assim eu não devo fazer um mau julgamento. Na verdade, tem que ser solidário. Porque do mesmo jeito que eles passaram por um momento difícil numa agitação numa contenção, com certeza eu também vou passar, ninguém escapa disso isso né. Se a gente tem aí, vamos supor que a gente tem... a gente começa a contabilizar as nossas contenções de sucesso. Você pode ter certeza que a gente alcança um margem de... a gente nunca vai alcançar mais de 100% né. Você vai ter um por cento que deu errado. Dependendo das condições vai ter lá três, quatro por cento, cinco, dez por cento. Isso vai depender muito de muita coisa né. E da própria condição do paciente, da própria condição em que a equipe trabalha. Estrutura que tem para trabalhar, a maturidade dos membros né. Então assim é eu prefiro... a minha conduta é ser solidário com a equipe e principalmente com o paciente também. É que ele tá aqui para tratar. Então você tem que ter essa visão mesmo de... ele não é um monstro, ele tá ali pra tratar.

Profissional 11 - P11**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 54 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 31 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 8 anos**Formação específica em saúde mental:** não**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.**

Já. Já sim. Isso a gente, praticamente, tem isso aqui todos os dias né. Agora mesmo nós passamos por um senhor que está aqui, me parece que não sei se é a primeira HN dele, seu (...). Ele foi hostil comigo, porque eu chamei ele pra ser medicado, ele recusou. Recusou mesmo, querendo saber qual é a medicação, e recusou mesmo, não vai tomar a medicação. Ai ele ficou bem hostil comigo, né, que a colega (...) veio pra ajudar na abordagem também, mas sem sucesso. Não conseguimos, isso foi agora mesmo. E... é isso. Já tem vários, já passamos por vários né (...), só que assim esse foi agora recente é que eu vou saber descrever agora pra você. E esse é um paciente que a gente não conhece, ele é querelante, fala muito. Demanda o serviço, o tempo todo demandando. E a gente viu que é um paciente, que, que parece que vai dar um pouco de trabalho pra gente sabe? Agora à noite.

Você disse que queria falar do episódio de autoextermínio.

É... esse caso da (...) mexeu muito comigo, porque esses anos todos que eu trabalho aqui, já tem oito anos que eu trabalho aqui, eu nunca presenciei né, um caso assim. E eu trabalho em outro também, eu nunca presenciei. Eu peguei plantão com ela aí ainda, com o corpo dela, sabe, aquilo... Eu não cheguei a ver ela, o corpo, todo mundo viu, mas eu não quis ver. Porque eu acho que, se mexeu comigo sem eu ver, se eu visse ela... Eu vi a família, sabe, muito chocada, então a gente acaba mesmo ficando né... Uma menina nova né, muito nova, a família, a mãe aí muito... assim foi muito triste mesmo. O que a gente presenciou né, aqui dentro. Os colegas de serviço, a gente chegou, os colegas, todo mundo tomado, chorando muito, nossa gerente né, a (...), todo mundo muito tomado com o que tinha acontecido. E até hoje a gente ainda comenta sobre isso né. É um fato que ficou, e infelizmente por um bom tempo vai continuar aí no serviço né. E é um serviço que eu gosto muito de fazer, gosto muito da saúde mental, aprendi gostar, e essas coisa mexe muito comigo, sabe, mexe muito.

Você pegou foi o pós atendimento, não chegou a atender a crise não?

Não, não. Não cheguei não.

De comportamento mais hostil?

Uai a gente tem muito né, aqui, a gente está passando pela (...) que tá aí, (...) que muda muito o quadro do (...), é um paciente.

O que você acha que desencadeia esses comportamentos?

Isso é mesmo do, do... Ai (...) eu acho que eu não vou saber te responder. Isso é mesmo da cabeça mesmo, o que eles sentem, o que eles estão... a crise deles mesmo né.

Nesses momentos, quais sentimentos te despertam?

Ô (...) falar com você, eu venho nesse... que eu pego o trânsito muito ruim lá de (...) para cá, eu venho muito agradecendo e pedindo muito a Deus, pra que Deus me dê muita força para

mim conseguir ajudar eles, sabe. Que eu tô aposentando, então eu quero fazer o meu melhor até eu terminar essa tarefa minha mesmo, sabe? E eu gosto muito do que eu faço. Você vê que eu tô em dois (...), então eu... eu já... a gente vem mesmo para ajudar. Pelo menos eu não venho só para ganhar um dinheiro, mas eu venho para ajudar mesmo. Porque, eu realmente... eu venho pensando neles. Igual a (...) que tá aí. (...) depende muito da gente, é uma paciente que chegou ruim, e hoje ela tá aí boa, boazinha né. Ainda não tá boa para receber alta, mas ela tá... tudo que ela vai pedir ela pede com amor, com carinho né "ô querida", né. Isso mexe muito com a gente, isso. Eu sempre comento isso lá na minha casa, com meu marido, com minhas filhas sobre isso, sabe. Que é um sentimento mesmo, que eles sentem pela gente, né. Que a gente vê que é. Né! Igual ela mesmo fica me chamando de querida. Tem lá no (...), tem paciente lá que me chama de mãe, de mãezona. Então isso aí mexe muito com a gente né.

Qual é sua atitude diante desse tipo de comportamento?

Oh, falar a verdade com você, tem hora que a gente fica meio nervosa mesmo né, querendo até... como é que fala? Quando eles vêm pra cima mesmo. Igual eu já levei um soco no rosto, já quebrou meu óculos, mas a gente tenta né, contornar a situação ali. Tem uns colegas que ajudam muito também. Mas tem hora que a gente fica nervosa também né. Querendo até... como é que eu vou falar? Ir para cima mesmo. Mas a gente consegue controlar a situação dos pacientes.

Como você avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo?

Hoje em dia, vou falar a verdade com você, eu estou me sentido melhor, na atuação assim com eles. Eu acho que eu aprendi a trabalhar, aprendi lidar mesmo com eles, com essa situação, sabe. Porque antes, até, eu nunca tive medo mesmo, quando eu vim pra saúde mental eu nunca tive medo de ser agredida esses negócio. Porque meu segundo dia aqui no (...) eu fui agredida, até uma paciente que até já faleceu, o... não vou lembrar o nome dele, era até muito conhecido aí. E... o que mais? Até esqueci o que eu ia falar (...), hoje eu não estou muito legal não, hoje eu não estou legal. Sim, eu aprendi mesmo, a lidar com eles, lidar mesmo com eles, porque é um sofrimento terrível. Eu falo que é um sofrimento.

Como você descreve essa abordagem, porque você acha que é melhor?

Ai meu Deus, como que eu vou descrever isso? Eu gosto muito de conversar sabe (...), gosto muito de ouvir eles, é... eu tenho isso muito comigo de ouvir. Gosto muito de ouvir e eu achei com isso, por isso que eu aprendi muito aqui no (...). Para mim esse tempo de enfermagem que eu tenho, que eu tô com 30 anos de enfermagem, eu acho que foi um dos melhores lugares que eu trabalhei, sabe? Então eu gosto muito de ouvir eles. De estar abordando eles, sabe? Que assim... conseguir até levar eles pra olhar um dado, só olhar, medicar eles mesmo, sabe? Com carinho né, dando mais atenção para eles, porque eu acho que eles precisam é disso, né. A gente ouvir eles, e a gente conseguir abortar eles bem mesmo.

Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Hoje em dia não. Hoje em dia eu acho que eu dou conta, bem assim de... Como é que eu vou te falar? Hoje em dia eu, eu sinto bem segura para tá ajudando mesmo, para mim tá abordando eles, sabe. Eu me sinto bem. Lá no outro (...) mesmo, eu tenho paciente lá, que eles têm uma referência comigo. Até que aqui não, porque a gente que trabalha à noite é mais difícil, mas no outro serviço meu, eu tenho pacientes lá que, que se eu for na casa deles... Vão dar um exemplo. Tem... ela se chama (...), vou até citar o nome dela, ela se chama (...). Então, toda terça-feira ela tem que ir para o (...) que é PD dela, ela só vai comigo, sabe? Só vai comigo.

Ela só toma medicação comigo. O Haldol decanoato só eu que faço, sabe? Isso aí para mim, eu acho bacana isso, eu gosto muito disso, sabe? E tem outros que a gente aborda bem e é isso.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

É... Como que eu vou falar isso? Porque a gente já teve muitos casos aqui, assim, né. Colega ter... ser agredido e a gente, tem hora, não poder fazer nada, não poder ajudar. Tem colega que está afastado, aí, até hoje. É... eu nem sei te falar isso. Tentar ajudar mesmo na hora, se tiver como ajudar.

Você acha que eles lidam bem com esse comportamento?

Os nossos colegas aqui muito bons viu (...). A minha equipe, que eu trabalho com ela a noite, pessoal aqui são muito bons, muito bons mesmo. E eu falo que, é diferenciado sabe, os lugares que a gente trabalha, são diferenciados. Tinha um enfermeiro trabalhava aqui ele falou isso mesmo comigo. Que ele falou que, foi um dos lugares melhor que ele trabalhou até hoje. Não vou citar o nome dele não, mas ele trabalha comigo lá. E falou assim: que aqui é um dos melhores lugares da saúde mental que ele já trabalhou, sabe? E é isso./

Profissional - P12**Profissão:** Técnica de enfermagem**Idade:** 27 anos**Sexo:** Feminino**Tempo de profissão:** 6 anos**Tempo de atuação na saúde mental:** 2 anos**Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação?**

Sim. Ah, num primeiro momento assim é de tensão né, de medo. Depois vem a reação né. Já com a equipe reunida aí a gente toma mais coragem, mas em um primeiro momento é de tensão mesmo. Consegue lembrar de uma situação, um caso real? Vários né, mas assim, que eu tive mais medo, tem que falar o nome? Um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (...), né. Várias... contenções dele assim, eu não tive coragem de chegar, abordar primeiro, teve que outra pessoa abordar para mim entrar depois, pelo medo que eu tinha dele. Geralmente ele chegava exaltado, chutando as portas, agressivo. Então isso já me intimidava e intimidava a equipe né. Para chegar nele tinha que ser muita gente reunida.

Que sentimento esse momento te despertou?

Medo, a gente tem medo, porque... ainda mais quando é homem né. Homem tem bem mais força do que mulher. Então assim vem o pânico. Aí depois que vem a contenção tudo, que passa aquilo ali, aí, tipo assim, vem aquele refrigério, porque nos primeiros momentos é desesperador.

Qual foi sua atitude diante do comportamento agressivo?

Ah, geralmente, quando o paciente está muito violento eu não... não é que eu não tenho atitude, eu tento abordar, conversar, porque tá nervoso tudo. Mas quando eu vejo que o paciente não abaixa, não quer conversa e tudo eu me recuo.

Como você avalia sua atuação em relação ao paciente com comportamento agressivo?

Como que eu avalio minha atuação? Ah, assim, eu tento colaborar com a equipe, sabe? No que eu posso. Eu geralmente nunca estou sozinha, nunca. Geralmente só com a equipe, quando a equipe toda já tá junto para abordar, sozinha nunca vou.

Como você descreveria sua estratégia de abordagem desses casos?

Com conversa, eu tento, eu tento perguntar o porquê que tá naquela situação, porque que chegou nervoso, porque, o que está causando nele aquilo. Para, tipo assim, tentar entender o paciente também né, porque não tá nervoso à toa, alguma coisa tá passando na cabeça dele. Então vou com abordagem verbal mesmo.

Você se sente insegura em relação ao paciente da psiquiatria?

Muito. Eu sim, é lógico que eu trabalho no (...) já tem dois anos, mas assim, eu ainda tenho medo. Pacientes, principalmente pacientes que eu não conheço, pacientes novatos. Agora os que eu conheço assim, que eu já sei qual que vai ser a reação. Eu sou um pouquinho mais segura. Agora paciente novato que chega no (...), eu sou um pouco medrosa.

Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Ah, assim, graças a Deus aqui no (...) tem pessoas que sabem abordar muito bem, o (...) né. É... então assim, eu acho uma abordagem muito boa, a maioria dos que estão aqui tem uma abordagem boa. Tem uns e outros, mas... eu acho uma boa avaliação não tenho que criticar abordagem de nenhum deles não. Mas alguma coisa?

Quadro: Análise fenomenológica - unidade de significado e transformação das unidades de significado em expressões de carácter psicológico

<i>P</i>	<i>Unidades de significado</i>	<i>Transformação das Unidades de Significado em Expressões de Carácter Psicológico</i>
<i>PI</i>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação. <i>Sim. Já vi várias. Mas a que foi mais marcante, assim, foi com um paciente que chegou alterado por que tinha passado a noite usando entorpecentes./</i></p> <p><i>2- E tinha três pessoas na sala de medicação e ele já chegou abordando que queria roupa para tomar banho e chamando a gente vagabunda, essas coisas. Então aí eu já, já falei que não era dessa forma que falava com profissional e tudo./</i></p> <p><i>3- Ele continuou falando até que a gente separou roupa e tudo e colocou ele para tomar banho. Aí depois ele implicou com a roupa de enxugar, e ele começou a bater nas coisas na sala de medicação./</i></p> <p><i>4- E as duas amigas que estavam lá dentro assim, por serem mais mais velhas né, ficaram com medo e mais recuado, eu tentei sair da sala de medicação e o paciente me empurrou em cima das Bombas de oxigênio né./</i></p> <p><i>5- Nisso eu levantei, tentei sair de novo até que ele me pegou pela traqueia e começou a apertar. Nisso eu tinha que defender, aí eu peguei ele de modo a me defender também./</i></p> <p><i>6- Como ele era muito agressivo, já tinha ocorrência de agressividade contra a esposa, e ninguém bateu de frente com ele como eu bati, é... Eu falei que ia chamar a polícia, fazer uma ocorrência que aquilo não podia ficar daquela forma./</i></p> <p><i>7- E ele saiu fugido do serviço, aí eu fiz ocorrência. Ele voltou com duas facas e quis entrar no serviço, e falou que era para mim. E</i></p>	<p><i>1- PI Identifica que, das várias experiências na abordagem a pacientes com comportamento agressivo que já teve a que mais lhe marcou foi diante de um quadro desencadeado pelo uso de entorpecentes.</i></p> <p><i>2- PI- Relata que no encontro com o paciente se encontrava acompanhada por duas colegas. Com demanda por roupas para tomar um banho, o paciente se torna verbalmente hostil proferindo ofensas vulgares as profissionais. Diante de tal comportamento pontua para o mesmo não ser correta tal forma de se dirigir aos profissionais.</i></p> <p><i>3- PI Declara que atendeu a demanda do paciente, porém o mesmo não se deu por satisfeito com a vestimenta que lhe foi fornecida, passando então a destruir os objetos dentro da sala.</i></p> <p><i>4- PI Afirma que suas colegas por serem fisicamente mais frágeis, optaram por se afastar da situação. Que tentou sair do ambiente, mas foi empurrada pelo usuário em cima de balas de oxigênio.</i></p> <p><i>5- PI Segue relatando que novamente tenta deixar a sala, porém é agarrada pelo pescoço. Na tentativa de se defender também segura o paciente pelo pescoço.</i></p> <p><i>6- PI Fala do histórico de comportamento conflituoso do paciente, com relatos de agressão a esposa, porém sem reação da mesma. Fala de anunciar que registraria a agressão por meio de um boletim de ocorrência por considerar que o paciente deveria responder por tal comportamento.</i></p> <p><i>7- PI Segue relatando que diante de tal ameaça o paciente evade do serviço, retornando armado com duas facas com o objetivo de agredi-la. Afirma que foi isolada em uma sala a fim de não seguir revidando as agressões.</i></p> <p><i>8- PI Afirma que diante de uma agressão os instintos humanos afloram, e que o temor é diminuído provido de mais coragem o juízo crítico do risco é ignorado. Que</i></p>

<p><i>me colocaram numa salinha, porque não queria aquela né, que acontecesse de bater de frente, aquela coisa toda./</i></p> <p><i>8- Porque no momento que você é agredido também você é ser humano, então você fica mais corajoso assim né, você não liga se a pessoa vai entrar, se vai fazer alguma coisa, eu falei que podia deixar ele entrar. Mas não deixaram tal/</i></p> <p><i>9- E quando ele entrou e foi conversar com gerente do serviço e falou que não ia voltar lá, porque eles contratavam pessoas que tem problema mental, ele não ia voltar. Porque ele nunca tinha apanhado, ele sempre bate na esposa dele, nunca tinha apanhado e nesse dia ele apanhou de mulher. E ele não ia voltar lá./</i></p> <p><i>10- Ele ficou 2 meses sem voltar no serviço e quando ele voltou ele pediu desculpa e falou que depois tinha pensado no que tinha feito e ele não tava certo, mas foi uma coisa que marcou sim.</i></p> <p><i>11- Qual Sentimento esse momento te despertou?</i> <i>Eu, eu acho que em momento nenhum é desperta raiva, nem nada disso. Depois a gente até ficou muito próximo, ele passou uma referência muito grande comigo. Todo mundo que entrava no serviço ele falava “olha não mexe com ela, porque ela é uma pessoa boa e tudo, mas se ela ficar nervosa, ela demonstrou que ela é igual, ela igual a gente mesmo, ela é ser humano. Então é... essa daí melhor não mexer”./</i></p> <p><i>12- Agora em momento nenhum eu tive raiva ou tenho raiva dele, eu tenho... tenho pena, da pessoa. Da gente vê como que o ser humano consegue né, chegar ao extremo. Porque ele era um paciente que ele trabalhava, antes de mexer com droga, ele trabalhava ele tinha uma vida social, ele tinha as coisas dele e quando ele afundou mesmo nas drogas/</i></p> <p><i>13- Ele passou a agredir as pessoas que gostavam dele, que ele gostava, e foi no fundo do poço mesmo. É uma pessoa que hoje não tem mais uma vida social igual já teve.</i></p> <p><i>14- Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador e violento? Eu tive que me defender né! Então ele, no momento que ele apertou minha traqueia eu peguei é, na nuca dele e arranhei a nuca dele.</i></p>	<p><i>chegou a falar com seus colegas que permitissem a entrada do paciente, porém os mesmo não o fizeram.</i></p> <p><i>9- P1 Declara que após o ocorrido o paciente afirmou que não mais retornaria ao serviço, questionando a sanidade mental dos funcionários. P1 atribui tal protesto ao fato de que o paciente apesar de seu histórico de agressão a esposa jamais havia sofrido uma reação por parte de uma mulher.</i></p> <p><i>10- P1 segue declarando que após dois meses de ausência o paciente retorna ao serviço, se desculpa, reconhecendo que seu comportamento não foi correto. Mas que mesmo assim a experiência foi marcante para P1.</i></p> <p><i>11- P1 relata que a experiência de abordar o paciente com comportamento conflituoso não lhe despertou sentimentos de raiva ou algo parecido. Que após o ocorrido seu vínculo e proximidade com o paciente melhoraram. Que o mesmo passou a alertar novos pacientes que apesar da atitude benevolente da profissional, diante de comportamentos conflituosos a mesma exibe reações semelhantes às dos próprios pacientes.</i></p> <p><i>12- P1 Reforça que não teve ou tem raiva do paciente. Que compadecimento melhor define seu sentimento naquele momento. Compadecimento em relação a percepção das perdas que o paciente teve em sua vida social, laboral, financeira em função do uso de drogas.</i></p> <p><i>13- P1 constata que em função do uso de drogas o paciente passou a agredir as pessoas que nutriam alguma afetividade por ele, chegando ao extremo de sua condição de vida. Não mais tendo um contexto de vida favorável como antes tinha.</i></p> <p><i>14- P1 Afirma que diante do comportamento agressivo do paciente, que comprimia sua via aérea, sua reação foi de agredir também o paciente o arranhando na região da nuca. Justifica seu comportamento como sendo a única forma pela qual o paciente a soltou.</i></p> <p><i>15- P1 segue apontando que o sentimento agudo de furor desencadeado por tais momentos ativam os instintos de defesa diante do temor de que algo mais grave ocorra.</i></p> <p><i>16- P1 afirma que esta foi à única ocasião em que revidou a agressão de um paciente.</i></p> <p><i>17- P1 afirma que à experiência acumulada ao longo do tempo possibilita se ter consciência de que o manejo facilita tal abordagem.</i></p> <p><i>18- P1 coloca que diante da hostilidade do paciente, ignorar e se distanciar é a melhor solução. Afirma</i></p>
---	--

<p><i>Foi o que eu tive de defesa, assim. Que foi o jeito que ele me largou./</i></p> <p><i>15- Porque no momento que a pessoa tem essa descarga de raiva assim é você pensa “se eu não me defender ele vai fazer alguma coisa mais grave”, né!</i></p> <p><i>16- Como você avalia sua atuação diante do comportamento ameaçador e violento? Avaliação dos profissionais? A minha? Foi só essa vez que foi esse mais... chegar a vias de fato mesmo né./</i></p> <p><i>17- Porque depois com tempo, com experiência a gente vê que com manejo é mais fácil.</i></p> <p><i>18- Se a pessoa começou a te agredir com palavras é melhor você sair de perto é melhor você ficar calada. Se você ficar calado é melhor que é porque... ele... não sei se perde a graça ou fica sem graça para ele, se deixa de fazer sentido querer te agredir com palavra e chegar à via de fato então é melhor você deixar para lá./</i></p> <p><i>19- Se fosse para mim voltar atrás eu não tinha falado nada não, tinha tentado sair da sala nem nada, eu tinha deixado ele extravasar da forma dele.</i></p> <p><i>20- Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria? Não. Não. Uma coisa que eu aprendi na minha vivência na psiquiatria é que você não deve demonstrar medo para paciente algum. Você demonstra respeito, você demonstra que você tá ali para ele, se ele precisar, no momento dele quando ele precisar também tem que saber abordar né./</i></p> <p><i>21- E tem as pessoas que ele pega eles pegam como referência também, é melhor essas pessoas tentaram abordar.</i></p> <p><i>22- Agora não deve demonstrar medo mesmo só respeito. É ser humano né a gente tem que respeitar.</i></p> <p><i>23- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. São vários tipos de profissionais né, que a gente vê que ninguém trabalha igual, assim. Às vezes você tem muito carinho. Igual, hoje em dia eu mais... sou mais conversar com o paciente, essas coisas né, abordar verbalmente mesmo./</i></p>	<p><i>desconhecer o porquê de tal atitude funcionar, aventando que seria talvez por levar ao desinteresse ou constrangimento do paciente de seguir com agressão verbal ou mesmo com passagem ao ato.</i></p> <p><i>19- P1 Afirma que caso a oportunidade de viver novamente a situação, iria optar por ignorar a atitude do paciente, não tentaria deixar a sala, permitindo ao paciente extravasar seus sintomas como necessário.</i></p> <p><i>20- P1 afirma não sentir insegurança em relação ao paciente psiquiátrico. Coloca que a experiência lhe ensinou que não se pode temer paciente algum. Deve-se demonstrar respeito, se colocar à disposição para suas necessidades, mas também saber como abordar em caso de necessidade.</i></p> <p><i>21- P1 afirma que quando o paciente tem referência com algum profissional, estes seriam os mais indicados para abordá-lo.</i></p> <p><i>22- P1 reafirma que não se deve demonstrar medo, mas respeito. Ressalta que em função de sua condição humana deve-se demonstrar respeito.</i></p> <p><i>23- P1 descreve que existem diferentes tipos de profissionais, que atuam de maneira diferente diante do comportamento conflituoso dos pacientes. Em algumas ocasiões demonstrando mais afetividade para com o paciente. Afirma que ela própria atualmente opta por abordar verbalmente o paciente.</i></p> <p><i>24- P1 Porém, segundo P1, alguns profissionais se mostram impacientes para ouvir e demonstrar afeto. Sendo que a única necessidade do paciente é ser escutado. Ressalta a importância da empatia e do real interesse pelos acontecimentos de sua vida.</i></p>
--	--

	<p>24- Mas tem uns que não tem paciência, tem uns que não não tem paciência de ouvir de... de ter carinho mesmo, que a gente vê que o paciente psiquiátrico ele, a única coisa que ele precisa de alguém para ouvir. E tem gente que não tem paciência para isso. E que é mais importante, eles querem alguém que escuta. Escuta o que eles estão passando, que tenta pelo menos demonstrar que tá se importando né, com o que eles estão passando, é isso!</p>	
<p>P2</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação. <i>Sim. Aqui no (...) tem várias abordagens né, devido a grande quantidade de pacientes. Uma delas, tem um paciente que constantemente ele vem muito agressivo né, quebra o serviço, às vezes tenta agredir os pacientes. E nossa abordagem geralmente é tentando fazer com que ele fique tranquilo, mas ele não consegue né, então a gente pega e... nós tentamos abordagem verbal e depois vamos para abordagem de contenção. Tanto medicamentosa quanto física.</i></p> <p>2- Você se lembra de uma delas de maneira bem detalhada? <i>Sim, (...)! Muito transtornado, muito nervoso, jogando lixeira pro ar, é... Logo em seguida ele cisma que pacientes estão falando dele e vai para cima do paciente para agredir o paciente. Foi até um pouco complicado, porque pegou o paciente pelo pescoço e uma coisa muito louca né, a gente na tentativa também, vários profissionais em cima para tentar conter, fazer que ele soltasse esse paciente. O paciente não estava nem conseguindo respirar direito né, foi uma contenção que foi feita no chão mesmo e levamos o paciente contido pro leito né, e depois entrou a contenção medicamentosa./</i></p> <p>3- Outro foi o paciente (...) que quebrou a portaria do serviço. É... essa foi até mais pesada. O paciente já sempre vinha transtornado ao serviço em uso grande de entorpecente né, cocaína e tal, que ele falava sempre. Ele entrou quebrando o serviço né, jogando tudo, ameaçando funcionários. Paciente muito forte, é... nesse dia da contenção dele aconteceu três contenções seguidas, na mesma hora na verdade. Ele em um certo local e outros pacientes em outro local. /</p> <p>4- Paciente agrediu funcionários sabe, funcionários saíram machucados. É... teve</p>	<p>1- P2 afirma que são inúmeras as abordagens a pacientes com comportamento conflituoso, fato que atribui a quantidade de pacientes. Cita um paciente em especial que com frequência degrada o serviço e agride colegas. Coloca que a abordagem verbal é tentada, mas a contenção física e medicamentosa é utilizada em seguida.</p> <p>2- Ao ser questionado sobre a lembrança de um episódio no qual o paciente exibiu um comportamento conflituoso, P2 cita pelo nome um paciente e descreve uma situação na qual o paciente em função de acreditar que estavam falando dele passa a agredir um colega. Ressalta a gravidade da situação em função do paciente comprimir as vias aéreas de outro paciente. Fala da mobilização de vários profissionais, diante do risco para o paciente que não mais conseguia respirar. Na urgência a contenção foi feita antes mesmo de se levar o paciente ao leito.</p> <p>3- P2 descreve outra situação ainda mais difícil em função do paciente ser muito forte fisicamente, com histórico de chegar sempre intoxicado pelo uso de entorpecentes. Cita que o paciente chegou promovendo quebradeiras e ameaçando funcionários. Ressalta que a situação foi agravada por outras duas contenções que ocorreram simultaneamente a esta primeira.</p> <p>4- P2 cita que como consequência funcionários saíram machucados, deixando o serviço em função de tais lesões.</p> <p>5- P2 reforça a gravidade da agitação e a dificuldade de contenção do paciente com necessidade da atuação de vários profissionais, em função da reação do paciente. Com necessidade de contenção no próprio local com uso de sedação que possibilitasse a condução do paciente para o leito.</p> <p>6- P2 atribui o sofrimento do paciente como uma das causas do comportamento conflituoso do paciente. Seguida da sensação de desamparo. Acrescenta que o uso de entorpecentes seria a principal causa, entre outras coisas.</p> <p>7- P2 Relata que o medo é o primeiro sentimento despertado diante do comportamento conflituoso. Não</p>

<p><i>funcionário que teve que ir embora mais cedo por ter sido machucado./</i></p> <p><i>5- É... contivemos o paciente no chão mesmo, foi uma contenção até mais grosseira, e mais pesada, vários profissionais em cima dele, ele chutando e lutando contra a equipe que estava presente, sabe? Foi uma contenção realizada no chão também, e tivemos que levar o paciente já contido para o leito. Administrar a medicação dele no chão.</i> <i>Foi administrado uma ampola de midazolam para apagar mesmo, dormir mesmo para gente conseguir levar ele para o leito.</i></p> <p><i>6- O que você acha que desencadeia este tipo de comportamento?</i> <i>Olha a gente vê várias situações né, o próprio sofrimento do paciente é uma dessa situação. Às vezes o não saber... achar que está... achar não, geralmente estão sozinhos no mundo. É o uso de entorpecente também eu acho que é o que mais conta assim, desencadeia mesmo, álcool e drogas, o está sozinho, não tem um familiar né. Acho que tem várias situações que desencadeiam isso no paciente.</i></p> <p><i>7- Quais sentimentos esse momento te despertou?</i> <i>Olha sinceramente, a princípio quando a gente vê uma situação dessa de quebradeira, a primeira sensação que a gente tem é medo. Não medo do que vai acontecer comigo, mas o medo do jeito que o paciente está. O que ele é capaz de fazer? A gente nunca sabe do que ele é capaz de fazer. Então a gente tem aquela sensação de medo, mas ao mesmo tempo a sensação de que eu preciso ajudar, sabe. /</i></p> <p><i>8- E.. é uma explosão de sentimentos que sempre vem. É... porque não está levando só a vida dele em risco, mas tem demais pacientes, demais profissionais né. E a sensação é, a princípio, é susto, aquele medo, aquela coisa, que você fala “pronto, e agora, como lidar com a situação?”/</i></p> <p><i>9- A gente tem a experiência da noite, por exemplo. Pacientes que, às vezes com quatro profissionais, a gente tem que pensar muito bem como fazer e que fazer. Então são vários, é uma explosão de sentimentos que a gente tem naquele momento.</i></p> <p><i>10- Qual foi sua atitude diante desse comportamento?</i> <i>Então à princípio, eu sou muito de me colocar no lugar desse paciente, o paciente tem uma</i></p>	<p><i>se tratando porém de um temor em relação ao risco para si próprio, mas em relação à imprevisibilidade da situação. Soma-se a tal sentimento, a consciência sobre a necessidade de se ajudar.</i></p> <p><i>8- P2 enfatiza que diante de tal situação ocorre uma explosão de sentimentos, por acreditar que o paciente não leva risco somente para si próprio, mas para outros pacientes e para equipe de funcionários. Que a incerteza de como lidar com a situação gera o temor.</i></p> <p><i>9- P2 cita exemplo do período noturno, no qual a pequena quantidade de profissionais exige um melhor planejamento das ações.</i></p> <p><i>10- P2 afirma que diante de tal comportamento sua primeira atitude é a empatia, entendendo que o paciente tem uma dor, busca compreender qual seria esta dor.</i></p> <p><i>11- P2 descreve que sua primeira atitude é de se aproximar do paciente, buscando pelo diálogo. Coloca que busca compreender o que se passa, pois em algumas ocasiões a necessidade do paciente é falar sobre as questões que estão acontecendo fora do serviço.</i></p> <p><i>12- P2 constata que a atitude de se aproximar do paciente favorece um ganho de tempo possibilitando o restante da equipe a se colocar mais próxima da situação.</i></p> <p><i>13- P2 avalia que tem uma boa abordagem, pois percebe uma boa resposta do paciente em relação a suas intervenções. Acredita que escuta, e é escutado pelos pacientes. Que sempre está aprendendo com tais momentos.</i></p> <p><i>14- P2 coloca que sua abordagem consiste em entender o quadro de cada situação. Que observa a abordagem de outros colegas, que aprende muito com isso, mas que ainda tem muito a aprender.</i></p> <p><i>15- P2 coloca que não se sente inseguro em relação ao paciente psiquiátrico, segurança que vem do fato de gostar muito da área de atuação. Coloca que se sente apreensivo apenas diante de comportamentos mais conflituosos com contenções mais difíceis.</i></p> <p><i>17- P2 ao avaliar o comportamento de colegas em relação a atuação diante do comportamento conflituoso afirma que não deixa de observar, mas ao mesmo tempo não gosta de longas discussões. Coloca que procura conversar com os colegas em momentos posteriores, tranquilizar, mas sem maiores questionamentos acerca de um momento do qual não estava presente.</i></p> <p><i>18- P2 coloca que são inúmeras as dificuldades do serviço para manejar este tipo de paciente. Cita que o serviço não é muito bem estruturado, e que a equipe</i></p>
---	--

<p>dor, qual é essa dor que o paciente está sentindo?/</p> <p>11- Então geralmente a minha abordagem é chegar próximo e tentar tranquilizar, né. Minha atitude geralmente é essa, chego sempre muito próximo do paciente. Sento próximo do paciente, tento conversar. Tento puxar um assunto, sabe, perguntar o que mesmo está acontecendo, às vezes eles precisam só de desabafar. Está quebrando tudo! Às vezes precisa só de falar, o que tá acontecendo, do lado de fora do serviço. Então geralmente, a minha..., meu primeiro passo é esse, né./</p> <p>12- Ai a equipe já tá bem próxima sempre, os demais funcionários também geralmente fazem isso bem que eu vejo. Mas a nossa... a minha primeira atitude é essa, chegar próximo pra gente entender a situação dele.</p> <p>13- Como avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo? Como eu avalio? Olha eu acho que eu me avalio bem nessa, nessa abordagem desse... Porque tem dessa abordagem geralmente muitos me escutam e eu escuto a eles. Então a gente sempre aprende muita coisa, mas eu acho que eu tenho uma boa avaliação nesse sentido.</p> <p>14- Como você descreveria sua estratégia de abordagem? Então eu avalio, eu sempre vejo abordagem de outros profissionais, por exemplo a sua eu já vi várias, e isso que me fez aprender muito mais. Você procurar entender o quadro, cada situação. Então, eu avalio não seja ruim, mas eu tenho muito mais aprender ainda. Isso eu tenho certeza, mas é bacana, boa, consigo bem, aproximar.</p> <p>15- Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria? Não. É uma... uma... um paciente que eu gosto muito, uma área que eu gosto muito, então eu não me sinto inseguro, insegurança eu não tenho. A gente só fica apreensivo naquela hora que tá aquela quebradeira né, aquela contenção super difícil, que a gente sabe que é uma contenção difícil, a gente fica apreensivo, mas eu gosto muito da saúde mental então não tenho medo.</p> <p>17- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Olha eu sinceramente eu não tenho que fechar o olho, mas eu também não tento, como eu</p>	<p>precisa buscar soluções para resolver tais situações.</p> <p>19- P2 enumera que um aumento no quadro de funcionários contribuiria para a melhora na abordagem ao paciente com comportamento conflituoso, em função da quantidade de pacientes presentes no serviço.</p> <p>20- P2 conclui que a criação de espaços para discussão com orientações acerca de como lidar com tais situações, além de momentos posteriores para discutir situações ocorridas. Em tais espaços seriam expostos os pontos de vista dos envolvidos com consequente melhoria para todos.</p>
---	--

	<p><i>posso dizer, eu não fecho o olho pra aquela situação, mas eu também não fico prolongando ela, entende. Eu escuto os colegas, discuto a situação. Às vezes a gente, em momentos depois, a gente tenta conversar, até com o paciente ou com algum funcionário sobre o ocorrido, tranquilizar e tal, mas eu não fico prolongando aquela situação não, sabe. Sei, chegou, aconteceu, conversa sobre, mas pronto, finaliza ali. Então eu não tô presente, mas eu não deixo ela de lado, mas eu também não coloco a lenha na fogueira ali.</i></p> <p><i>18- Quais as dificuldades você identifica em relação ao manejo desse tipo de paciente? As dificuldades.. Olha as dificuldades tem muita né! Por que a gente não tem... Por ser uma rede SUS a gente não é um serviço muito bem estruturado, tem muita coisa que deixa a desejar. Nós funcionários temos que nos virar e resolver sabe então, inúmeras.</i></p> <p><i>19- O que você acha que ajuda? O que ajuda? Uma coisa que eu que começaria ajudando, quadro de funcionários, uma coisa que é um problema no serviço né, é pouquíssimos funcionários. Hoje por exemplo a gente tá com dois funcionários na assistência e um no posto, então ao todo dentro do serviço tem três, porque um está na rota, rota demora muito. Uma quantidade maior de funcionários auxiliaria, devido a quantidade de pacientes que nós temos. Com quadro de funcionários já iria iniciar ali uma, uma... um quadro de melhora para o serviço, não só aqui, mas nos demais né. Todos os serviços públicos precisam, pelo fluxo de pacientes. /</i></p> <p><i>20- Né, e demais coisas né. Acho que sempre uma roda de conversa talvez, uma orientação de como lidar com determinadas situações até mesmo coisas que acontecem no serviço, “a de fulano foi muito complicado” leva ali pra roda de conversa. Pra todo mundo colocar o ponto de vista e às vezes ali cada um vai pegando o ponto de vista um do outro e melhora muito, sabe? E o quadro de funcionários, muito escasso pra gente.</i></p>	
<p>P3</p>	<p><i>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.</i></p> <p><i>Já. A experiência é que a gente aborda o paciente né, qual, que ele chega em crise, a gente já faz abordagem, encaminhamento dele pro leito, mas com outros funcionários. A gente</i></p>	<p><i>1- P3 Afirma que já atuou na abordagem de paciente com comportamento conflituoso. Relata resumidamente todo o procedimento no qual o paciente em crise é abordado por ele e por outros da equipe, encaminhado ao leito, e quando autorizado por outros profissionais é realizada a contenção. Á princípio em quatro pontos. Pontua que é a única alternativa diante de alguns tipos de crise.</i></p>

<p>tenta de início né, quando é autorizada a contenção pelos técnicos, pelo médico até. A gente faz esse tipo de abordagem inicialmente com quatro pontos né. Dependendo muito da situação do paciente é o jeito né, o grau da crise também né./</p> <p>2- E, e aí a gente vai fazendo o manejo né, quando leva para esse lado a contenção a gente tenta não fazer a contenção no caso.</p> <p>3- Você consegue lembrar de um momento específico? Consigo, dona (...), dona (...) que está aí. Ela, ela apresenta esse quadro né, de bater na gente, de agredir, momentos de... uns pico né, que ela dá sempre durante a tarde, de manhã, à tarde. Aí como ela está com esse braço dela quebrado e pra outros paciente até não agredir ela também a gente precisa fazer essa contenção, né, a gente faz a contenção no caso de três pontos, que é o pé e mais um braço, porque o outro não dá pra conter, porque o outro como está quebrado./</p> <p>4- Aí a gente deixa ela um momento ali, até ela dá uma acalmada, né. Vai olhando ali, observando até que a gente é autorizado, a gente descontem mas...</p> <p>5- O que você acha que desencadeia este tipo de comportamento? Essa agitação? Essas coisas? Uma desorganização né, eu creio que a desorganização mesmo. Às vezes também há casos que o paciente não acredita que ele precisa de um tratamento, aí ele já chega agitado, ou a família traz né, assim né. Ele vai negando que não precisa de tratamento, a família insiste em trazer, muitas vezes é isso, a recusa mesmo pelo tratamento. Por achar que não precisa né.</p> <p>6- Quais sentimentos esse momento te despertou? De início a gente faz que é o nosso trabalho né, e a gente até para... (...) Ah é muita coisa né, o que a gente, a gente pensa que por ter esse monte de... de questões familiares, agressividade do paciente de não acreditar. Às vezes é uma paciente que, que... que trabalhava, teve né, a vida assim, e de repente encontra né assim, a gente fica um pouco penalizado, a gente fica. Eu fico penalizada às vezes.</p>	<p>2- P3 Explicita que existe um manejo antes da contenção, em uma tentativa que a mesma não ocorra.</p> <p>3- Questionada se recorda de um caso específico, P3 cita uma paciente pelo nome. Esclarece que essa paciente tem um quadro de agressividade física em momentos pontuais, durante todo dia. Enfatiza que a contenção é para proteger a paciente da agressão de colegas, pois a mesma se encontra com o braço quebrado, o que inclusive dificulta realizar a contenção padrão de quatro pontos.</p> <p>4- P3 Explica que após a contenção aguardam que a paciente se acalme observando seu comportamento, até que é autorizada a descontinuação.</p> <p>5- P3 diz acreditar que o comportamento conflituoso é fruto de uma desorganização. Podendo ter origem também crença de não necessitar de tratamento, sendo levado contra vontade para o serviço.</p> <p>6- P3 explica que diante do comportamento conflituoso à princípio cumpre sua função. Porém diante de todas as questões do paciente, questões familiares, recusa em aceitar o transtorno e tratamento, perdas laborais, se sente compadecida de sua condição em algumas ocasiões.</p> <p>7- P3 enumera que sua primeira atitude diante do paciente é tentar acalmá-lo, da maneira que for possível. No caso de insucesso se afasta, lhe dá um tempo, e tenta novamente. Conclui que em muitas ocasiões consegue uma resposta positiva do paciente.</p> <p>8- P3 afirma que apesar de acreditar que a cada dia é preciso aprender mais sobre a abordagem a pacientes com comportamento conflituoso, considera que tem uma boa atuação. Destaca que aprende muito com os próprios pacientes.</p> <p>9- P3 explica porque considera que tem uma boa atuação junto ao paciente agressivo, alegando que consegue convencê-los a fazer uso da medicação, e a ficarem no serviço não o querem ficar.</p> <p>10- Ao descrever sua estratégia de abordagem ao paciente, P3 afirma que procura criar uma relação, se apresentando como funcionária do serviço, buscando compreender as razões que o levaram ao serviço. Alega que costuma ter retorno por parte do paciente.</p> <p>11- P3 responde de maneira direta que não quando questionada sobre seu nível de segurança em relação ao paciente.</p> <p>12- P3 avalia positivamente a abordagem dos colegas em situações de comportamento conflituoso.</p>
--	--

<p>7- <i>Qual foi sua atitude diante de comportamento desse tipo ameaçador violento?</i> <i>O meu comportamento diante desse paciente é tentar acalmar né, tentar acalmar esse paciente nesse momento assim. Como dá né, do jeito que dá para fazer. Senão a gente afasta né, a gente dá um tempo né, depois a gente volta e tenta né saber o porquê, saber o que que levou. Muitas vezes eles falam até o que que levou, muitas vezes fala sim.</i></p> <p>8- <i>Como você avalia sua atuação diante de comportamento agressivo paciente?</i> <i>Eu acho que eu atuo bem, atuo bem, lógico que todo dia a gente tem alguma coisa a aprender, inclusive até com os pacientes a gente aprende muito./</i></p> <p>9- <i>E eu acho que tenho uma atuação boa, eu consigo convencer as vezes o paciente a tomar medicação, por exemplo. Consigo convencer o paciente que não quer ficar na unidade. Às vezes eu consigo que ele aceite também.</i></p> <p>10- <i>Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?</i> <i>Então a primeira estratégia que eu uso né, eu identifico pro paciente né, falo que eu trabalho aqui. Quando ele não me conhece né, que eu tô chegando de primeiro assim, quando ele não conhece o serviço, eu identifico falo com ele, converso, procuro entender porque que ele tá aqui o que que aconteceu. Aí ele vai soltando, vai conversando a gente vai...</i></p> <p>11- <i>Você se sente insegura em relação ao paciente psiquiátrico?</i> <i>Não.</i></p> <p>12- <i>Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Eu avalio assim que eles tem uma abordagem boa.</i></p> <p>13- <i>O que você acha que dificulta esse tipo de manejo?</i> <i>Eu acho que às vezes dificulta é sincronização né, de um colega com o outro. É tipo, às vezes quando precisa de uma contenção por exemplo, às vezes não tem um sincronismo legal né. Porque a gente que acontece de machucar né, às vezes colega algumas com chegando agora não tem muito esse sentimento e aí dificulta um pouco.</i></p>	<p>13- <i>P3 percebe uma dificuldade relacionada a equipe de funcionários e a falta de sincronia de movimentos. Pontua que lesões são provocadas por tal deficiência que tem relação com a inexperiência de colegas mais recentemente admitidos no serviço.</i></p> <p>14- <i>P3 coloca que a honestidade é uma linguagem mais próxima do paciente são facilitadores nessa abordagem.</i></p>
---	---

	<p>14- O que que facilita? É a gente prontificar o paciente quando a gente fala a verdade com ele quando a gente tenta convencer de uma forma assim que ele entende a gente, eu acho que facilita.</p>	
<p>P4</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação. Sim. Então eu vou falar de uma que eu acho que me marcou das várias né, que vivenciadas aqui./</p> <p>2- Que foi como um paciente que ele não estava indicado para tá aqui no dia, foi um final de semana ele não tava indicado para permanência dia. Ele veio para o serviço acompanhando uma outra usuária que na época ele disse estar namorando. E quando a gente faz o atendimento dela e a libera assim, ele fica numa hostilidade, fazendo demandas de ficar na unidade./</p> <p>3- Eu disse para ele que não era possível, que ele não tinha indicação, que a gente já tinha atendido ela que ela tava liberada que ele poderia ir também. Ele vai num crescente muito grande, a namorada na época acaba saindo do serviço, ele fica na unidade e agita bastante, começa a chutar as portas do serviço./</p> <p>4- É... no plantão na época, nós estávamos com um técnico de enfermagem homem e o restante mulheres, e esse moço, nessa agitação pela palavra não foi possível manejar ele. Vai ficando mesmo muito agressivo, ameaçador./</p> <p>5- Equipe começa a ficar muito receosa com ele né, e até pelo histórico também./</p> <p>6- E a gente foi tentar fazer uma contenção assim, que não deu muito certo na época. Ele chegou a derrubar o técnico, o técnico até machucou, depois a gente até fez o encaminhamento dele para a UPA. O porteiro entra no meio da contenção. Esse usuário chega a segurar o pescoço do porteiro, assim, foi uma cena bem difícil, assim, para a gente. Acho que de todo esse tempo que eu tô aqui no (...) esse dia acho que foi o mais desafiador assim, para mim sabe./</p> <p>7- Foi uma contenção muito difícil de fazer. Teve que entrar todo mundo né, assim. Para tentar segurar. Ele com muita força, e mesmo assim não tivemos sucesso né. Porque na verdade foi uma contenção não, foi uma tentativa. A gente não teve sucesso. Ele</p>	<p>1- P4 relembra que já atuou em várias abordagens a paciente com comportamento conflituoso, optando por relatar uma em especial que lhe marcou.</p> <p>2- P4 enfatiza que o paciente em questão não tinha indicação para estar no serviço no dia, que apenas acompanhava uma outra usuária que identificava como sua namorada. Localiza que a hostilidade do paciente se originou do desejo de ficar no serviço.</p> <p>3- P4 relata que ao pontuar para o paciente que poderia ir, pois o atendimento a companheira já havia sido realizado, o mesmo inicia uma crescente de comportamento, direcionando sua hostilidade primeiramente a estrutura física do serviço.</p> <p>4- P4 descreve a composição da equipe no momento do ocorrido, composta apenas por um funcionário do sexo masculino. Coloca que não foi possível o manejo verbal, com piora do comportamento agressivo e ameaçador.</p> <p>5- P4 Descreve que a equipe se mostrava receosa, principalmente pelo histórico anterior de atuação do paciente.</p> <p>6- P4 descreve a tentativa frustrada de contenção do paciente. Fala da lesão do técnico de enfermagem após uma queda. Necessidade de atuação também do porteiro, que também é agredido pelo paciente. Por fim conclui que foi um episódio difícil para todos, sendo por ela considerado o dia mais difícil em sua passagem pelo serviço.</p> <p>7- P4 ressalta que foi uma contenção difícil. Que mesmo com a mobilização de toda a equipe não foi possível, em função da força física do paciente. Coloca que após a tentativa o paciente vai para o pátio onde segue arremessando objetos e direcionando ameaças a equipe.</p> <p>8- P4 relata que então opta por acionar a Guarda municipal para auxiliar na intervenção. Explica que após a chegada da guarda o paciente deixou o serviço, enfatizando novamente que o mesmo não tinha indicação para permanecer no local tendo em vista esta estável do ponto de vista psiquiátrico.</p> <p>9- P4 Conclui que o comportamento do paciente foi motivado pela frustração por ter sido negado seu pedido de permanecer no serviço.</p> <p>10- P4 afirma que neste caso específico a razão para o comportamento conflituoso do paciente foi</p>

<p><i>consegue sair e vai para o pátio. Ainda fica arremessando objetos ameaçando a equipe./</i></p> <p><i>8- Aí eu lembro que eu tive que fazer o acionamento da Guarda Municipal para ajudar na intervenção. E aí com a chegada da Guarda que foi possível manejar e fazer com que ele saísse do serviço. Até porque ele não tinha nenhuma indicação do ponto de vista do quadro desestabilizado para ficar, assim./</i></p> <p><i>9- Foi uma agitação diante do que ele pediu não ter sido aceito, acatado. Que era ficar no serviço sem indicação e sem necessidade à época.</i></p> <p><i>10- O que você acredita que desencadeia este tipo de comportamento? Nesse caso especificamente foi pela insatisfação do não acolhimento da demanda dele, assim de ficar aqui no serviço e questionando o atendimento à pessoa que ele falava que era a namorada né assim. Acho que foi no lugar do desafio assim "ah não vocês não vão me atender, então pera aí!" né, assim. Começa essa hostilização com a equipe. Porque não tinha, do ponto de vista do quadro ele não tava desestabilizado não. Então eu entendo que neste dia foi por uma insatisfação dele mesmo assim. De reagir de outra forma, né assim./</i></p> <p><i>11- E ele tem um baixo limiar de frustração, ele reagiu assim em outros momentos. Acredito que nessa situação em específico foi por causa disso.</i></p> <p><i>12- Quais sentimentos esse momento te despertou? Medo, fiquei com muito medo mesmo. Ao mesmo tempo medo não me paralisou também né, assim. Porque eu consegui, assim, na época, acalmar um pouco a equipe e depois calcular, fazer esse cálculo de acionar a guarda e lá fora com os guardas né, assim quando eles chegaram eu fiz uma conversa prévia com eles. Inclusive pedindo pra eles não entrarem armados, assim. Por causa que poderia agitar outros pacientes./</i></p> <p><i>13- E chamar a guarda foi no sentido de nos ajudar mesmo diálogo ali porque tava impossível com ele né assim./</i></p> <p><i>14- Mas o sentimento na época assim foi o medo e depois angustiada também né assim. Por não ter não ter tido condições de fazer uma outra né.. assim talvez, assim, fazer uma</i></p>	<p><i>exclusivamente a frustração por ter seu pedido de permanecer no serviço negado, além da insatisfação com o atendimento dado à paciente que ele alegava ser sua namorada. Acredita que foi uma forma de desafiar a equipe diante da negativa. Enfatiza novamente que do ponto de vista psiquiátrico o paciente se encontrava estabilizado.</i></p> <p><i>11- P4 opina que o paciente tem como característica o baixo limiar para frustração, que essa característica já o fez ter atitudes semelhantes em outras ocasiões, e que desta vez o fez novamente por esse motivo.</i></p> <p><i>12- P4 esclarece que o sentimento mais presente no momento foi o medo. Mas conclui que tal sentimento não a paralisou, que conseguiu tomar atitudes como acionar a guarda. Após a chegada dos mesmo, se preocupou em fazer uma orientação prévia acerca da melhor maneira de entrar no serviço, afim de não agitar outros pacientes.</i></p> <p><i>13- P4 justifica que chamar a guarda foi um pedido de ajuda diante da impossibilidade de dialogar com o paciente.</i></p> <p><i>14- P4 enfatiza que o medo foi seu principal sentimento neste dia, somado a frustração por não ter conseguido realizar a contenção. Esclarece que teve medo de que algo acontecesse com algum membro da equipe.</i></p> <p><i>15- P4 Uma vez que o serviço foi fechado após a agressão ao porteiro. A entrada e a saída do serviço estava impedida, ao mesmo tempo que o paciente tinha o domínio do ambiente.</i></p> <p><i>16- P4 explica que apesar do medo conseguiu planejar suas ações. Detalha que era a única profissional de nível superior naquele momento, e que após o único integrante do sexo masculino e do porteiro do serviço de ferirem, restaram apenas mulheres. Avaliaram que então que não mais teriam condições de seguir com a abordagem em função da força física do paciente, momento no qual optou por acionar a guarda municipal.</i></p> <p><i>17- P4 relata que vieram muitos guardas municipais. Que se preocupou em orientar os profissionais antes de sua entrada no serviço de que a intenção era um diálogo com o paciente, que não o abordassem de maneira truculenta ou hostil. Pretendia-se apenas que compreendesse que não tinha indicação para seguir no serviço, e que saísse portanto.</i></p> <p><i>18- P4 Conclui que diante de todos os acontecimentos deste dia, o que conseguiu fazer foi isso.</i></p> <p><i>19- P4 avalia que sua atuação em relação ao paciente agressivo mudou ao longo do tempo, que hoje demonstra medo diante de tais situações, sentimento que</i></p>
---	--

<p>contenção não sei também, assim. Mas nesse dia, o que mais... o sentimento que mais foi maior assim, foi o medo mesmo. De que acontecesse alguma coisa com alguém da equipe./</p> <p>15- Porque a gente tem que fechar o serviço. É porque o porteiro teve que sair de cena. Então as portas estavam fechadas, ninguém entrava, ninguém saía, e ele tomando conta, assim, no momento mesmo, assim.</p> <p>16- Qual foi sua atitude diante desse comportamento? Como eu disse apesar do medo isso não me paralisou né, assim, porque eu precisava enquanto plantonista única né, assim. Porque nesse dia eu estava como única plantonista TNS né, tinha os técnicos de enfermagem, então alguma coisa eu precisava fazer, assim. Dado a contenção que não tivemos sucesso, o técnico machucou, o porteiro machucou e nós ficamos só mulheres e a gente avaliou que a gente não tinha condições físicas mesmo, assim, de fazer, de segurá-lo pela força né, que ele tinha. Quando ele sai para o pátio o que eu pensei foi mesmo nesse acionamento da Guarda né assim./</p> <p>17- Que eles vieram acho que dois carros, vieram uns oito guardas municipais na época. E... é isso, eu faço essa conversa lá fora com eles. Até pra eles não entrarem assim de forma truculenta, ou hostilizar o próprio paciente. Que a gente tentasse mesmo fazer um diálogo, para que ele sáisse do serviço né assim. Tendo em vista que ele não tinha essa indicação mesmo, pra não tá aqui, pra uma inserção em uma HN./</p> <p>18- Dado o contexto assim, que foi gerado nessa situação. Mas o que eu consegui fazer no dia foi isso, assim.</p> <p>19- Como avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo? Hoje, diferente de um tempo atrás, assim, eu tenho medo, sabe? Uma coisa que eu não tinha antes, assim./</p> <p>20- Semana passada teve um outro episódio também de agressão./</p> <p>21- Antes eu não tinha, eu não tinha medo assim, hoje eu tenho um pouco de medo. Não me paralisa, assim. Eu não fico sem ação né, assim. Eu faço alguma coisa, intervenho, converso com a equipe, tudo mais. Mas</p>	<p>anteriormente não tinha.</p> <p>20- P4 traz lembrança recente de outro episódio, fazendo menção ao marco temporal de ter ocorrido na semana anterior.</p> <p>21- P4 explica que no início de sua atuação não tinha medo, mas que hoje tem. Esclarece que tal sentimento não impede de planejar e executar as ações, que intervém e orienta a equipe, citando um evento recente para exemplificar.</p> <p>22- P4 detalha suas ações diante do comportamento conflituoso. Em um primeiro momento aciona a equipe, define a necessidade ou não de contenção física, se acionar outros dispositivos de fora do serviço como retaguarda psiquiátrica ou guarda municipal. Enfatiza novamente que não fica sem ação.</p> <p>23- P4 enfatiza que depois de sete anos no serviço agora tem medo diante de algumas situações.</p> <p>24- P4 afirma que hoje se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria. Diz sentir medo, mas que por não ser algo que sempre sentiu o define como insegurança. Relaciona tal sentimento com a fragilidade e falta de suporte do serviço.</p> <p>25- P4 fala da necessidade de uma equipe mais preparada. Fala que nas ocasiões em que a equipe possui somente mulheres fica receosa. A presença de integrantes do sexo masculino na equipe traz uma maior segurança.</p> <p>27- P4 novamente enfatiza que anteriormente não se sentia insegura. Consta que atualmente os pacientes apresentam um quadro mais grave.</p> <p>28- P4 explica que a questão do uso de drogas e o fato de pacientes chegarem intoxicados no serviço influencia na maneira agressiva como os pacientes abordam a equipe.</p> <p>29- P4 conclui que sua insegurança vem da precariedade dos recursos humanos, e da estrutura do serviço.</p> <p>30- P4- percepção que a estrutura física do serviço é um desafio. Detalha que o espaço é pequeno, com muitas paredes. Móveis e objetos soltos e próximos que são arremessados pelos pacientes.</p> <p>31- P4 explica que o espaço é pequeno para um adequado manejo do procedimento de contenção. Em algumas ocasiões é necessário realizar o procedimento no chão antes da condução do paciente ao leito.</p> <p>34- P4 relata que o serviço tem por características estar</p>
--	---

<p>diferente de outros momentos hoje eu sinto o medo, mas eu consigo manejar, igual foi na semana passada./</p> <p>22- É possível dar encaminhamento, acionar a equipe, pensar algumas coisas assim se vai ou não pra contenção, se chama alguma coisa né, uma retaguarda seja... que seja da guarda municipal, uma retaguarda psiquiátrica, eu consigo pensar eu não fico sem ação não./</p> <p>23- Mas diferente de outros momentos né, assim, depois de quase sete anos aqui no (...), hoje eu sinto medo em algumas situações.</p> <p>24- Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria? Pois é, não sentia antes, antes não, mas hoje sim. Ai eu fico entendendo que esse medo não é porque... é diferente de um medo, quando alguém tem medo desde sempre, é assim. Acho que é uma, assim, acho que é uma insegurança, pela fragilidade do serviço em alguns momentos de não ter um... Eu acho que um suporte./</p> <p>25- Pensando aí, numa equipe bem preparada né, assim. Porque eu percebo quando a equipe está só entre mulheres a gente fica com receio né, e aí quando tem um homem no plantão a gente já fica "ai que bom que tem, porque se precisar de uma força maior a gente tem fulano para ajudar"/</p> <p>27- É... Mas que antes não tinha isso, assim, mas com o passar dos anos, hoje os pacientes estão muito mais graves, os pacientes no momento, assim./</p> <p>28- E tem a questão da droga também que envolve, então muitos deles chegam intoxicados né, assim, de uma forma muito agressiva conosco./</p> <p>29- É... e acho que é isso, assim. Esse medo vem com a insegurança diante do... da falta de recursos. Recursos Humanos e a própria estrutura do serviço que não ajuda muito né, assim. É um serviço...</p> <p>30- A próxima seria isso, o que você acha que dificulta? Acho que a estrutura do serviço é um desafio, assim. Porque o espaço é muito pequeno e com muitas paredes, assim. É banco, não são bancos fixos, são soltos, eles arremessam. É lixeira, são muitos objetos que ficam assim, muito próximos./</p>	<p>sempre com muitos pacientes. Diante da necessidade de contenção de um, outros também hostilizam a equipe, com necessidades de outras contenções. O espaço físico nesses casos se torna um problema. O local destinado a realização da contenção também é pequeno para toda equipe entrar.</p> <p>35- P4 diz crer que uma estrutura física maior contribuiria para para um melhor manejo da crise. Mas diante da realidade atual do serviço, acredita que uma equipe mais preparada para lidar com tais momentos facilitaria.</p> <p>36- P4 alega não saber o que poderia ser feito além de algumas formações que considera relevantes e que já foram feitas.</p> <p>37- P4 diz perceber a equipe muito insegura. São poucos os que têm disposição e força física para sustentar a abordagem. Afirma que temem por se lesionar e demonstram não confiar uns nos outros.</p> <p>38- P4 conclui que a equipe se mostra unida, mas percebe que se ausentam em alguns episódios. Diz compreender tal comportamento, pois também tem medo de se machucar. Temor que antes não tinha,</p> <p>39- P4 cita que as situações se mostram cada vez piores. Narra o episódio da semana anterior no qual um paciente entra na sala fecha a porta e a agride com uma lixeira. Fala de pegar uma cadeira pra se defender, enquanto pedia aos gritos por ajuda da equipe. Destaca que mesmo com o serviço pequeno, em função da quantidade de pacientes, não é possível que a equipe esteja atenta a tudo que está ocorrendo.</p> <p>40- P4 diz perceber que a maioria, em especial as mulheres, compartilham de seu sentimento de insegurança em relação a situações de agressividade e violência.</p> <p>41- P4 diz compreender a postura dos colegas de insegurança, pois a maioria não tem a força física necessária para atuar neste serviço. Enfatiza que não acredita que a equipe deveria ser toda composta por homens.</p> <p>42- P4 afirma que as mulheres estão ficando mais inseguras. Quando tem a presença de um homem na equipe, seja como técnico de enfermagem, ou técnico de nível superior, a equipe se sente mais segura. Pois caso ocorra uma agitação se teria a quem chamar.</p> <p>43- P4 constata que essa insegurança da equipe era algo que não observava anteriormente.</p> <p>44- P4 afirma que a equipe precisa estar presente. Comenta que fora discutido em reunião naquele mesmo</p>
--	---

<p>31- <i>O pouco espaço. Dependendo da situação que você precisa fazer uma contenção um corredor daquele fica pequeno pra gente, dependendo do número de pessoas que tiverem que fazer... né, segurar as vezes o usuário. Precisa iniciar a contenção muitas vezes no chão antes de levar para o leito, então o espaço. Ele é muito pequeno. As salas também, mas as salas não são a grande questão, porque a maioria das contenções são todas pra fora. Mas o espaço né./</i></p> <p>32- <i>E aqui tá sempre muito cheio né, então outros pacientes também vão pra cima. Outros ficam hostil com a própria equipe e aí acaba virando até duas, três, outras contenções que acaba agitando os outros, assim. Enquanto a gente tá segurando um, tem um outro que em algum momento pode agredir um profissional, então o espaço é um desafio, assim. Porque dependendo do número de pacientes que estiverem no momento que a gente tem que fazer essa contenção no corredor isso é desafiador pra nós. O próprio leito crise eu acho muito pequeno também para a gente fazer essa entrada né, da equipe, puxar a cama. É eu acho que um espaço pequeno.</i></p> <p>35- <i>O que você acha que facilitaria? Do ponto de vista estrutural? De tudo! Eu acho que o serviço maior, a gente tinha um pouco de espaço físico mesmo para manejar isso melhor, assim. Não tendo com a realidade do (...), né, assim. Nessa estrutura atual eu acho que é uma equipe mais preparada, assim. Para esses momentos né, assim./</i></p> <p>36- <i>Eu não sei te dizer o que precisa ser feito né, assim. Porque a gente já passou por algumas formações importantes né, assim./</i></p> <p>37- <i>Eu acho que nesse momento eu vejo as pessoas todas inseguras na verdade. É um outro técnico topa né, que vai para a cena e tem um porte físico, uma força física para dar conta de segurar, é... Mas eu vejo a equipe toda muito insegura assim as pessoas ficam receosas mesmo assim. De se machucar e também... uns não confiando nos outros em alguns momentos né, assim./</i></p> <p>38- <i>A equipe é muito unida para uns momentos, mas para outros momentos a gente vê cada um, de alguma forma saindo um pouco da cena. É super compreensível né assim porque, um sentimento que eu, por exemplo, não tinha</i></p>	<p><i>dia que em muitas ocasiões o técnico de nível superior se vê sozinho diante do paciente. Constata que o paciente percebe tal condição com conseqüente impacto em seu comportamento que tende a crescer, com perda de todo planejamento do que poderia ser feito.</i></p> <p>45- <i>P4 comenta que mesmo que o paciente não vá agitar, a presença de toda a equipe tem um efeito pra ele e para o técnico que faz a abordagem.</i></p> <p>46- <i>P4 comente também perceber a equipe pouco atenta durante os plantões.</i></p>
---	---

antes e tenho hoje. Eu super entendo eles assim ficarem com esse receio de se machucar mesmo né, assim./

39- As situações vão se repetindo e as experiências vão se acumulando. Vão, vão exatamente, e cada vez mais grave. Pelo menos semana passada teve essa essa agitação desse paciente e é isso né. Eu estava no consultório sozinha ele entra eu tava na mesa né assim cercada, não tinha nem como pular apesar eu pensei até rápido, "eu vou passar debaixo da mesa ou eu vou pular a mesa", mas não teve jeito né, ele já pegou a lixeira já foi me agredindo, mas a lixeira cai no chão ele vai pegar a lixeira rapidamente eu pego a cadeira para colocar na frente para me defender. E nisso gritando a equipe para equipe aparecer na sala que ele entra e fecha a porta. Então, é um desafio também né assim. São muitos pacientes no espaço muito pequeno né mesmo assim em alguns momentos não é possível a equipe está está atenta a todos, né assim, é.. então é isso, assim.

40- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Da equipe, é... é isso que eu disse assim. Que é o sentimento que eu tenho hoje assim. Eu vejo todo mundo com muito receio, né assim. Todo mundo assim né, a maioria né, principalmente as mulheres./

41- Eu super entendo né, porque a gente tem uns que tem mais força mesmo, mas a sua maioria não tem essa força física, assim, que às vezes exige né, nesse espaço. E eu não tenho... tô dizendo que a equipe precisa ser todos né sim, de homens, que a gente precisa... não assim./

42- É..., mas eu percebo que a gente vai ficando mais insegura mesmo, assim, as mulheres. E aí quando tem um homem técnico no plantão, ou um técnico TNS, assim, é um plantonista, a gente fica um pouco, assim, pensando que na possibilidade de agitação, a gente pode ter uma segurança maior né, assim. Por ter a retaguarda de fulano "ah fulano está aí". Às vezes não tá nem no plantão a gente vai lá chamar o colega "o fulano ajuda aqui nessa contenção" e tal./

43- É... e é algo que eu não via antes né assim. Eu hoje, eu sinto a equipe um pouco insegura nesses momentos né./

<p>44- Às vezes você precisa está ali... Hoje mesmo na reunião de equipe alguns colegas relataram de estar muitas vezes na cena sozinho, olha para o lado e não aparece um, todo mundo já de alguma forma já saiu de cena. E como que você fica ali, né? Na frente do paciente. E o paciente acaba percebendo né, assim. Isso vai crescendo, crescendo, crescendo e aí, perde mesmo todo o cálculo que poderia ser feito, e o efeito que tem também né, assim./</p> <p>45- Mesmo, não necessariamente vai agitar, mas o efeito que tem dessa equipe tá todo mundo junto né. Isso também tem um efeito para ele né. E para o próprio plantonista né, quando a equipe está mais próxima, assim./</p> <p>46- Então, eu vejo a equipe muito dispersa também nos plantões. Acho que é isso.</p>	
--	--

<p>P5</p> <p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação. <i>Sim. Bom é... vou falar de uma específica porque são várias né, sempre acontece né./</i></p> <p>2- Um paciente estava “bem estressado”, vamos dizer, de ficar aqui muito tempo né. E... aí ele sinalizou um pouco no início do plantão que não estava bem. E aí entrou para cozinha para jantar, e aí já começou lá de dentro falando que não ia tomar medicação. Tava conversando com outro paciente, e aí começou a alterar o humor. E aí, ele conversando com outro paciente, começou./</p> <p>3- Já tava persecutório com a equipe também. Começou a falar que não ia tomar remédio que não adiantava nem colocar a mão, porque senão ia agredir e tal/</p> <p>4- E a gente foi abordar para conversar né. Mas aí ele já alterou e já jogou uma mesa para cima, e a gente foi para evitar é... para evitar que alguém se ferisse e tal, deixamos o paciente na cozinha, é... encostamos a porta da cozinha e deixamos paciente./</p> <p>5- O paciente começou a... ficou agitado, surtou e começou a quebrar as coisas na cozinha e... a gente não, não quis entrar em contato.</p> <p>6- Para evitar nós chamamos a polícia, guarda e enquanto isso paciente ficou lá dentro quebrando as coisas e gritando e tivemos que esperar a polícia e a guarda chegar para poder abordar o paciente./</p> <p>7- Quando chegou ele já tinha quebrado a cozinha, foi feito bastante bagunça lá, e... Aí a polícia abriu a porta né, com calma, aí ele já tinha, vamos dizer assim desabafado né. Aí ele chegou até o momento querer chorar e.../</p> <p>8- E a gente percebe que, o paciente, tem hora que ele, quando surta, a pressão para gente que é uma pessoa normal às vezes é difícil de aguentar né, e para um paciente que já tem seus problemas é mais difícil ainda. A diferença é que a gente consegue segurar, consegue lidar com isso e os paciente dependendo do caso ele não consegue então tem hora que ele tem que colocar para fora e aí ele... cada um coloca de um jeito. É... uns agride né, outros tira a própria vida e outros enfim, agita né, se jogam na frente de carro, enfim. Então cada um se</p>	<p>1- P5 ao ser questionado sobre sobre já ter atuado na abordagem a paciente com comportamento conflituoso, enfatiza que já atuou em várias, mas que irá citar uma em específico.</p> <p>2- P5 Explica que o paciente se encontrava impaciente com o fato de já estar há muito tempo no serviço. Detalha os momentos que antecederam a agitação do paciente, relatando que ele anunciou logo no início do plantão que não estava bem. No refeitório protesta que não irá fazer uso da medicação e durante o diálogo com um colega inicia sua agitação.</p> <p>3- P5 descreve que o paciente já estava desconfiado da equipe. afirmou que não faria uso de medicação e que caso alguém o tocasse iria agredir.</p> <p>4- P5 afirma que na primeira tentativa de abordar verbalmente o paciente, este arremessa uma mesa. Optam então por deixar o paciente no refeitório e fechar a porta, a fim de evitar que alguém se ferisse.</p> <p>5- P5 descreve que o paciente inicia quebradeiras dentro do refeitório, enquanto a equipe segue sem qualquer contato.</p> <p>6- P5 relata que equipe decide acionar a polícia e a guarda municipal enquanto o paciente segue aos gritos quebrando o refeitório.</p> <p>7- P5 segue relatando que no momento da chegada de polícia o paciente já havia extravasado sua fúria, chegando a chorar em determinado momento.</p> <p>8- P5 crê que para o paciente psiquiátrico lidar com as dificuldades da vida é mais difícil. Algo que para uma pessoa que tem sua sanidade mental preservada não é fácil, mas é possível. Reflete que no paciente psiquiátrico tal dificuldade é exteriorizada de várias maneiras: suicídio, agitação. Sendo este um aprendizado de retirou do ocorrido.</p> <p>9- P5 afirma acreditar que são vários os fatores que levam o paciente a exibir um comportamento conflituoso. Pressões familiares, a não aceitação do paciente pela família. A distância da família.</p> <p>10- P5- conclui que de seu ponto de vista o principal motivo para o comportamento conflituoso é o próprio diagnóstico psiquiátrico.</p> <p>11- P5 afirma que são vários os sentimentos no momento de atuar em uma agitação. Enfatizando que a primeira é o sentimento de autoproteção, com o objetivo de proteger a equipe o paciente.</p> <p>12- P5 coloca que em algumas ocasiões, em especial quando ocorre uma agressão, o profissional pode se</p>
--	---

<p><i>manifesta de um jeito. É o que eu tirei de lição desse caso e outros parecidos.</i></p> <p><i>9- O que você acredita que desencadeia esse comportamento?</i> <i>Eu acho que são vários fatores, é... o próprio problema do paciente que é ele tem que lidar com isso, é... as pressões que vem devido a isso né, porque isso gera consequência né, ações de familiares né, família. A não aceitação dos familiares é um dos casos né, e... e o paciente não ser aceito né. Pra uma pessoa normal já é difícil né, então para o paciente não ser aceito é mais difícil ainda. E aí o fato de ficar tanto tempo longe dos familiares e internado. Isso daí para mim já é uma coisa que que leva a isso né./</i></p> <p><i>10- É... mas eu acho que o fato principal mesmo é o próprio problema que o paciente enfrenta, né. Por isso que muitos chegam ao ponto de tirar até a própria vida, a pressão é muita.</i></p> <p><i>11- Qual sentimento este momento te despertou?</i> <i>A gente no momento da agitação, a gente é... são várias coisas que passam na cabeça da gente. A primeira é de, é... auto proteção, proteção da equipe né, e também do paciente. Inclusive nessa situação a gente chegou a abordar o paciente algumas vezes enquanto a polícia chegava até mesmo para ver se ele estava, é... estava bem lá dentro né, mesmo naquele, naquele momento, naquela situação. É... então a primeira reação da gente acha que é essa né./</i></p> <p><i>12- É... muitos né, às vezes leva, à princípio, leva à princípio para o lado pessoal né, e... fica irritado e tal né, principalmente se existe agressão e tudo né. Que isso aí acho até uma coisa normal do ser humano mesmo. É difícil né, dependendo da situação né, a gente ter a frieza de... de entender o lado do paciente né. Aí entendeu tudo que tá envolvido né.</i></p> <p><i>13- Qual foi sua atitude diante do comportamento?</i> <i>A minha atitude, eu particularmente, assim, que tentei abordar à princípio o paciente, e... fui tentar conversar, mas ali no momento eu acho que não seria possível e talvez fosse chegar e ao ponto de ter que ser contido. Mas os colegas estão de plantão me chamou e conversou e me tirou da situação ali né, e aí a gente fechou a porta né para não ter para ficar se manter distância né./</i></p>	<p><i>sentir irritado. Mas que considera normal do ser humano, pois em algumas situações é difícil ter a frieza de compreender a visão do paciente e tudo que está envolvido.</i></p> <p><i>13- P5 explica que que abordou a princípio o paciente, que tentou conversar, mas que previa a necessidade de contenção física. Porém foi advertido e retirado da cena por colegas, que optaram por deixar o local, fechar a porta se afastando do paciente.</i></p> <p><i>14- P5 afirma que tentou abordar verbalmente o paciente, ganhar tempo até que a polícia chegasse para tentar abordar o paciente com mais segurança.</i></p> <p><i>15- P5 diz acreditar que a atitude de deixar o paciente só no ambiente foi a mais correta a fim de prevenir que alguém se machucasse. Completa que o paciente tinha necessidade de extravasar seu furor, e que o prejuízo ao mobiliário do refeitório pode ser reparado.</i></p> <p><i>16- P5 agradece o fato do paciente não ter se ferido, e relata que o mesmo foi contido e medicado sem maior dificuldade após. Observa que diante de tal desfecho a atitude da equipe foi a mais correta.</i></p> <p><i>17- P5 explica que tais situações podem ter vários desfechos diferentes.</i></p> <p><i>18- P5 descreve sua estratégia de abordagem ao paciente explicando que sua primeira atitude é tentar o diálogo, acreditando que uma questão psicológica envolve o caso. Ressalta acreditar que ainda tem a aprender em relação a esse tipo de abordagem. Completa que dependendo da reação do paciente a essa primeira abordagem, planeja os próximos passos.</i></p> <p><i>19- P5 afirma não se sentir inseguro em relação ao paciente psiquiátrico, alega ter ciência de que se trata de um trabalho que tem riscos, que portanto deveria existir para preparo e segurança. Se diz acostumados com o serviço, entender os riscos e sair de casa preparado.</i></p> <p><i>20- P5 ao avaliar o comportamento dos colegas enfatiza que é um serviço que necessitava de mais preparo. Afirma que saber dialogar com o paciente ajuda muito, e também no momento da contenção é preciso ter preparo. Explica que em algumas situações os profissionais não atuam de maneira uniforme e que um melhor preparo seria a solução.</i></p> <p><i>21- P5 afirma que a falta de estrutura do serviço é um dificultador no manejo do comportamento conflituoso. Exemplifica que no episódio a equipe ficou exposta até a chegada da polícia.</i></p>
---	--

<p>14- <i>E..., mas você perguntou a reação né, como que foi a atitude né? A princípio então eu tentei... fui tentar conversar, à princípio. Mas aí depois que o paciente ficou dentro da cozinha a minha atitude foi de pensar em proteger a equipe né, se precisasse né, e tentar levar assim até onde fosse né. Até que a polícia chegasse né pra poder abordar o paciente com mais tranquilidade né, com mais segurança.</i></p> <p>15- <i>Como você avalia sua atuação? Hoje eu penso que eu acho que a gente fez o que, pra evitar, pra evitar que alguém se machucasse, até mesmo paciente né. Eu acho que a gente fez a coisa correta. Porque o paciente precisava desabafar, colocar para fora o que que tinha dentro né, e... os móveis da cozinha que pagou por isso né, que... (risos), mas é coisa física né. Isso daí né troca e tudo né./</i></p> <p>16- <i>Graças a Deus o paciente também não se feriu, só mesmo descarregou a raiva né, o que tava sentindo e... então acho que a gente tomou atitude correta e no final ele chegou a ser contido, mas de maneira tranquila. Ele mesmo deitou na cama e a gente fez a contenção pra terminar de controlar, e foi medicado também. Então assim, depois, hoje eu vejo que a gente tomou atitude que eu acho que foi a mais correta, mais acertada para todos./</i></p> <p>17- <i>E isso vai muito da situação, poderia ter sido diferente, mas são situações que podem se desenrolar de mais de uma maneira, e aí depende muito.</i></p> <p>18- <i>Qual estratégia você costuma usar, não só nesse caso, mas em outros? À princípio é de conversar, né, a princípio é de conversar, é... tentar... é um serviço que rola muito a questão psicológica né. E... nesse ponto aí eu acho que estou aprendendo ainda, né porque cê tem que conseguir entender, pelo menos tentar entender o que está passando na cabeça do paciente, né. E... então assim, a primeira atitude é tentar abordar de maneira com diálogo, e aí depende da reação do paciente, dependendo da reação que a gente vai ver os próximos passos.</i></p> <p>19- <i>Você se sente inseguro em relação ao paciente psiquiátrico? Não, inseguro eu acho que não, eu acho que é um serviço que tem seus riscos é... e... eu acho que os profissionais ficam bem expostos a esses riscos, eu acho que deveria existir mais preparo, mais segurança, né. É... mas eu</i></p>	<p>22- <i>P5 aponta que no período noturno a falta de condições de trabalho dificulta. Cita o saber como abordar e a falta preparo da equipe, impactando em situações nas quais a contenção poderia mesmo ser evitada.</i></p> <p>23- <i>P5 relembra situações em que o paciente chegou próximo de ser contido, mas com a abordagem verbal correta, não foi. Por outro lado, fala de situações em que houve a necessidade de contenção e que profissionais foram lesionados no procedimento.</i></p> <p>24- <i>P5 conclui que das várias condições que dificultam o manejo do comportamento conflituoso a falta de preparo da equipe e a falta de condições do serviço se destacam.</i></p>
--	---

sinceramente eu acho que já estou acostumado assim então a gente... então não me sinto inseguro não. É ver se... eu entendo os riscos que existe, mas a gente já sai de casa sabendo disso e tem que tá preparado pra...

20- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Eu enxergo que é um serviço que eu acho que necessitava mais preparo, mais preparo, é... para lidar com esse tipo de situações né. Todas as situações tem momentos que... que uma conversa ajuda muito, né, uma conversa ajuda muito. E num momento de contenção de um paciente agitado também tem que ter um preparo. Às vezes cada profissional age de maneira diferente, assim como equipe, eu acho que precisa de mais preparo num geral pra poder lidar com essas situações que acontecem no serviço.

21- O que você acha que dificulta e o que você acha que facilita nessa abordagem? Uma das coisas que eu acho que mais dificulta a abordagem é... às vezes, é... como que eu vou dizer? Às vezes a falta de estrutura do serviço mesmo né. Por exemplo, nesse episódio que eu mencionei foi um... um momento em que, a gente... até que a polícia chegasse, a guarda, a gente ficou exposto, de certa forma a gente ficou exposto né.

22- Então assim, é... são situações principalmente à noite né que, é... que a gente fica então, é... Porque é mais um tipo de abordagem né, e a gente... a falta de condições do trabalho em si, às vezes é um... dificulta isso aí para gente. Até saber como que, que vai abordar. Às vezes falta de preparo da equipe também, assim, às vezes chegam a contenção que às vezes poderia ser evitado né./

23- Eu já vi situações que chegou a quase ser contido, mas com uma conversa, com jeito né, não precisou, deu para manejar. E já vi momentos também que chegou esse ponto né, de precisar de uma contenção e que profissionais saíram machucados e tal./

24- Então são várias coisas que dificultam a abordagem. Eu acho que no geral o preparo e a falta de condições às vezes do serviço mesmo que tá fazendo isso.

<p>P6</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação. <i>Sim, já atuei... já atuei em várias situações em que o paciente está em crise, que chega ao ponto de agressividade. É... dele não suportar aquele momento né, que é onde que ele começa a agressividade aos próprios profissionais.../</i></p> <p>2- Um caso que eu me lembro é um caso do paciente que a gente tem ele aí, que é o (...). O (...) já está aqui a tempo e... é um problema. Ele é um paciente grave e tem a questão social, ele não aceita ficar aqui por muito tempo e onde o próprio serviço causa mal a ele. Já chegou um ponto dele mesmo não suportar o ambiente e onde que ele vem buscando... ele busca o, como se diz, a defesa dele é nas agressões. Onde vêm as agressões verbais nos próprios funcionários e chegar física também. Ele acha que ele agredindo verbalmente ele tá se... como se diz? Ele está se libertando, e ao ponto de agressivo, de agressão./</p> <p>3- Eu presenciei uma vez uma crise dele, ele precisava de um... de uma situação, ele tava na situação que ele não estava suportando mais. E aonde que ele chegou a partir para cima dos profissionais nós tivemos que agir. É onde que precisamos de intervir com palavras, tentando manejar, mas... de uma forma mais, né, tranquila, que não levasse a contenção, mas enfim, onde que a gente tentar... até... a gente tentou várias vezes e a última opção de levar a contenção./</p> <p>4- Como foi? <i>Foi uma situação difícil. Nós chegamos para pegar plantão ele já estava naquela demanda é... buscando né, querendo que o serviço chamasse a família. Ele querendo conversar com a família, queria isso. Demandava conversar com o pai e onde a família não queria atender. E isso veio né, após nós pegar plantão ele viu que não teve jeito. Ele já veio partindo para cima dos funcionários e não teve manejo. Não deu tempo de conversar, não deu... não deu tempo de chegar a um acordo. Onde que, nós tivemos que intervir, fazer várias intervenções, chamar a guarda para ajudar, porque ele tava muito agressivo, ameaçador. Foi onde tivemos que chamar a guarda municipal, tivemos que chamar a equipe do (...) pra intervir também./</i></p> <p>5- Ele chegou, nós tivemos que contê-lo, medicá-lo com várias medicações injetáveis,</p>	<p>1- P6 afirma que já atuou em situações nas quais o paciente exibia um comportamento conflituoso, enfatiza que foram várias, e explica se tratar de um momento pra ele insuportável, que o leva a agressividade direcionada aos profissionais.</p> <p>2- Ao descrever uma situação específica P6 se refere a um paciente pelo nome. Explica que o paciente está no serviço há muito tempo, que se trata de um quadro grave e com questões sociais associadas. Afirma que o próprio serviço lhe faz mal. Diante do insuportável, P6 acredita que o paciente busca por meio das agressões verbais e físicas se defender, se libertar.</p> <p>3- P6 descreve uma crise do paciente que presenciou. Afirma que o paciente, diante da insuportabilidade de sua condição, vai de encontro aos profissionais que necessitam agir. À princípio com manejo se utilizaram do manejo verbal, mas que após várias tentativas recorreram a contenção.</p> <p>4- P6 descreve em detalhes o episódio de conflito. Explica que tudo se iniciou diante da demanda do paciente em falar com seus familiares. Diante do insucesso das tentativas, este parte para agressão a equipe. Afirma que a agressividade aguda inviabilizou a abordagem verbal, que tiveram inúmeras intervenções foram feitas, entre elas acionar a guarda municipal e a retaguarda psiquiátrica para auxiliar.</p> <p>5- P6 afirma que após a chegada dos demais profissionais o paciente foi contido e medicado, mas seguiu proferindo ofensas aos gritos durante toda noite. Afirma que foi este uns dos plantões mais mais terríveis que vivenciou.</p> <p>6- P6 relata que tinham que cuidar do paciente ao mesmo tempo que se preocupavam com os demais pacientes, que podiam lhe agredir por discordarem do comportamento do paciente. Afirma que tal situação de contenção e agitação durou toda noite.</p> <p>7- P6 relembra que após o ocorrido procuraram pela gerência a fim de discutir o que poderia ser feito pelo paciente, concluindo que o lugar estava piorando seu quadro.</p> <p>8- P6 acredita que a ausência da família, a rejeição da mãe e o desejo de estar em casa são as principais causas do comportamento conflituoso do paciente.</p> <p>9- P6 ao dissertar sobre o comportamento do paciente afirma que o mesmo tem dificuldade de aceitar regras, que em casa a família impõem limites que não aceita. Explica que no serviço faz algo semelhante, que a equipe procura manejar. Descreve que o paciente tem dificuldade com a questão do tempo para realizar suas atividades, mas que tem ciência de seus atos e das</p>
------------------	---	---

<p><i>mas mesmo assim aquela crise foi durante a noite toda. Ele xingava, gritava, ameaçava verbalmente, foi assim, foi um dos momentos que eu presenciei que foi um dos plantões mais terríveis./</i></p> <p><i>6- Onde que causou fúria em outros pacientes, os outros paciente não concordavam com aquela situação, nós tivemos que cuidar do próprio (...) e dos outros pacientes para que, pra que não, é... não agredisse ele né, mas enfim ele passou a noite toda contido e mantendo as mesmas agressões verbais./</i></p> <p><i>7- É onde que a gente buscou uma ajuda com a gestão né, para ver o que que a gente podia fazer para ajudar nesse caso, no caso dele. Onde que a gente, nós sentamos conversamos e vemos que o próprio lugar estava causando mal a ele.</i></p> <p><i>8- O que você acredita que desencadeia esse comportamento? Dele? Eu acho que a falta da família, a rejeição, rejeição da mãe. É... a vontade de estar em casa./</i></p> <p><i>9- E ele é um paciente que não aceita limites. Em casa né, a família impõe os limites é onde que ele não aceita. Aqui, ele tenta né, é... seguir da forma que ele quer, que a gente tenta né, manter uma conduta só, com ele. A gente vai no manejo, é difícil não é fácil, mas é o caso dele é isso, ele não tem limites. Você vê que ele entra no chuveiro fica o dia todo, já chegou ficar a noite toda no banheiro, ele não tem noção do tempo do que ele faz. Mas ao mesmo tempo ele sabe da realidade, ele sabe o que que tá causando. Ele... e ele sabe as consequências do que ele está fazendo. Então o problema maior é esse, que ele não aceita o não, o limite, e a rejeição.</i></p> <p><i>10- Qual sentimento te despertou nesse momento? No momento a gente fica assim, a gente fica muito apreensivo a gente fica pensando como que a gente vai agir naquele momento de agitação dele. A gente fica assim inerte, mas é... gera um pouco de angústia por causa das agressões verbais, mas ao mesmo tempo a gente tem que pensar que a gente tá no local de trabalho, não é fácil lidar com essa situação. Foi momento de angústia.</i></p> <p><i>11- Qual foi sua atitude diante desse comportamento?</i></p>	<p><i>consequências do mesmo.</i></p> <p><i>10- P6 afirma que diante do comportamento conflituoso fica apreensiva, perplexa diante da incerteza de como agir naquele momento. Afirma se sentir angustiada por causa das ofensas verbais proferidas pelo paciente, mas ao mesmo tempo ter consciência de que precisa ser profissional.</i></p> <p><i>11- Ao descrever sua atitude diante do paciente com comportamento conflituoso, P6 fala de em um primeiro momento tentar manejar pela palavra, enquanto a equipe se reúne. Quando a situação se tornou insustentável, buscaram pelo auxílio da guarda municipal.</i></p> <p><i>12- P6 cita que sua estratégia de abordagem passa por se aproveitar dos momentos fora da crise para estabelecer um vínculo com o paciente, interagir, escutar suas angústias, trabalhar a noção de certo e errado.</i></p> <p><i>13- P6 afirma que nos últimos dias o paciente tem afirmado que está mais difícil, que tem saudade de casa. P6 relata que tem colocado pra ele que o momento de tal retorno chegará, que é preciso ter paciência. Ao mesmo tempo que o escuta e o aconselha em sua angústia, pontua a necessidade de se respeitar as regras do serviço, pois vivemos numa sociedade em regida por uma série de regras.</i></p> <p><i>14- P6 fala de se sentir insegura em relação ao paciente psiquiátrico em algumas ocasiões, e que sua insegurança varia de acordo com o grau de agitação do paciente.</i></p> <p><i>15- P6 salienta que necessita haver uma conduta preventiva ao episódio de agitação. Pontua que existem ocasiões em que o paciente chegou em crise, a equipe foi demandada e alerta com relação a necessidade de uma determinada conduta, porém uma movimentação nesse sentido não aconteceu, levando o paciente a agitação.</i></p> <p><i>16- P6 diz acreditar que paciente e família necessitam serem acolhidos por toda equipe, conhecer o serviço no qual está em tratamento. O paciente deve se sentir seguro, tendo ciência de que está naquele local para tratamento, acolhido em sua singularidade.</i></p>
---	--

A atitude no momento é tentar interagir com ele, tentar o manejo, buscar a união da equipe né, interagir com a equipe também e buscar... Quando a gente viu que a situação já tava incontrolável, foi onde que a gente buscou ajuda da Guarda Municipal.

12- Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

Eu acho assim que o momento que ele tá tranquilo a gente tem que procurar conversar com ele né, que ele gosta colocar as angústias dele e procurar ajudar ele. Aproveitar aquele momento e falar o que é o sim o que é não, né./

13- Que ele tem, esses dias mesmo ele disse que tá difícil, que ele sente saudade da casa dele e onde eu falei com ele que a gente tem que dar tempo ao tempo vai chegar um momento que ele vai para casa dele. Mas ele tem que saber respeitar as regras. Por que a gente vive em sociedade, então só que assim tudo tem regras. Então eu aproveito esse momento, momento de tranquilidade que ele tá abordável pra... é a oportunidade que a gente tem pra conversar com ele. É a hora de ele vai entrar no chuveiro ele vai tomar um banho em um momento de certo dele sai, tem hora certa ele sair. Saber que tem outros pacientes para usar o banheiro. Saber que o espaço não é só dele tem que saber dividir o espaço com os outros.

14- Você se sente insegura em relação ao paciente psiquiátrico?

Às vezes sim, no momento da crise, da agitação sim, sentimos inseguros mesmo, né, principalmente do grau de agitação.

15- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Olha eu acredito que... tem que, tem que ter uma conduta sim. Eu acho que tem que haver uma prevenção. E é onde eu vejo que certas conduta, falta isso. Falta prevenir, tem que agir antes de chegar uma agitação. Paciente chegou em crise e a gente espera uma certa conduta de tal profissional, a gente busca, chama para evitar aquele momento tenso. Então assim já houve situação que o profissional precisou tomar aquela conduta certa e não aconteceu. É onde que o paciente chegou a agitação por causa, por falta de... da conduta certa.

16- O que você acha que dificulta ?

Eu acho que o paciente tem que ser acolhido, tem que ser acolhido por toda a equipe e o paciente tem que conhecer o serviço. Então

	<p><i>assim o manejo começa aí, tem que acolher o paciente a família e o paciente tem que saber o local que ele está tratando.</i></p> <p><i>E o que você acha que facilita?</i> <i>É o acolhimento né, acolher o paciente nas abordagens, deixar o paciente seguro. E deixar ele ciente que ele está ali, que ele está no tratamento, e acolher ele de uma forma singular.</i></p>	
<p>P7</p>	<p><i>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação.</i> <i>Já. Ah sim, é... chegou uma paciente de auto-extermínio. Ela surtou do nada no pátio e queria evadir, aí a hora que eu percebi eu chamei o (...). Aí ela foi com tudo no pescoço do (...). Aí eu fui nos braços para tentar defender mesmo o colega né, e não deixar ela continuar a agressão. Aí o (...) já veio e a gente finalizou a contenção. Mas o (...) precisou de se jogar no chão para segurar, mesmo porque ela estava enfurecida.</i></p> <p><i>2- O que você acredita que desencadeia este comportamento?</i> <i>No caso dela, desse caso que eu achei bem radical, ela chegou aqui com um problema familiar bem grave. No caso, o pai dela tinha agredido ela, aí ela chegou aqui transtornada.</i></p> <p><i>4- E nos momentos que antecederam essa agitação alguma coisa aconteceu em específico?</i> <i>No dia aqui estava muito cheio e ela estava assim implorando por um atendimento imediato.</i> <i>E isso não aconteceu...</i> <i>Não aconteceu, não tinha condições. Os plantonistas numa correria, a gente na maior correria com as HN's dando atenção algumas PD's e aí ela queria que queria passar no plantão. Acho que a intenção dela no dia era ter ficado de HN sabe?/</i></p> <p><i>5- Mas ela não ficou. No final da tarde ela se acalmou e o plantonista achou melhor liberar pra ela tentar resolver lá com a família dela.</i></p> <p><i>6- Qual tipo de sentimento tipo de atendimento desperta em você?</i> <i>Na verdade eu fico com pena. Dela agir assim dessa forma. Não dela bater no (...), mas implorar por uma atenção, porque tipo assim pra pessoa chegar a se mutilar, machucar é porque o negócio não está bom né.</i></p>	<p><i>1- P7 diz já ter atuado em situações com pacientes com comportamento conflituoso. Ao recordar de uma situação específica, identifica a paciente por seu comportamento suicida. Descreve a situação com uma crise aguda com tentativa de evasão. Enfatiza seus gestos de agressividade em relação a equipe, ressaltando o furor da paciente.</i></p> <p><i>3- P7 atribui o comportamento da paciente a conflitos familiares, e agressão do pai, fatos externos ao serviço.</i></p> <p><i>4- P7 afirma que nos momentos que antecederam a agitação eram muitas as demandas do serviço, o que dificultou para os profissionais de atenderem a paciente mais prontamente, e ouvirem sua demanda de permanecer no serviço.</i></p> <p><i>5- P7 relata que no final do dia a paciente se acalmou e não permaneceu no serviço.</i></p> <p><i>6- P7 coloca que compadecimento é o sentimento que melhor define o que sentiu naquele momento. Compadecimento pelo fato da paciente implorar por atenção, acreditando que seu comportamento autodestrutivo denota a gravidade de seu caso.</i></p> <p><i>7- P7 Descreve sua atitude após o episódio, explicando que escutou a paciente, que relatou que não estava emocionalmente bem devido a conflitos com o pai.</i></p> <p><i>8- Com relação ao momento do episódio, P7 afirma que agiu de forma automática, fala em focar na contenção e auxiliar seus colegas. Afirmou temer pelos riscos da evasão da paciente.</i></p> <p><i>9- P7 avalia que nos últimos 5 meses aprendeu muito sobre como atuar diante de um comportamento conflituoso, avaliando bem seu atual desempenho.</i></p> <p><i>10- P7 Afirma que sua primeira atitude diante de um paciente consiste em demonstrar afeto. Diz que os pacientes ressaltam sua delicadeza para conversar. Afirma acreditar que o diálogo deve anteceder a abordagem medicamentosa e a contenção física.</i></p> <p><i>11- P7 demonstra afeto para com os usuários do serviço, citando o nome de uma paciente em especial. Atesta ser</i></p>

<p>7- <i>Qual foi sua atitude diante do comportamento dela?</i> <i>Depois de tudo a gente sentou, bateu um papo, aí que eu fui entender que ela estava mal, pai tinha colocado pra fora de casa. Tava totalmente desestruturada.</i></p> <p>8- <i>No momento que ela agitou?</i> <i>No momento que ela agitou eu não pensei. Primeiro eu pensei em conter ela aqui no serviço pelo risco da evasão e ajudar mesmo os colegas. Não levei pelo lado sentimental, porque imagina se ela sai e faz uma coisa grave.</i></p> <p>9- <i>Como você avalia sua atuação em relação a paciente com esse comportamento?</i> <i>Eu acho que assim eu aprendi muito, aqui eu aprendi muito, e eu acho que eu tô indo bem, já vai para 5 meses aqui no (...).</i></p> <p>10- <i>Como você descreve sua abordagem nesse atendimento e outros atendimentos também como você descreve a sua estratégia de abordagem?</i> <i>Primeiro eu vou com carinho, eles até falam que eu sou meio meiguinha pra conversar e tudo. Que eu acho que às vezes o diálogo é assim, à princípio a melhor forma, né. Do que ir direto pra uma medicação, ir direto para uma contenção./</i></p> <p>11- <i>Igual a (...) mesmo eu consigo tudo que eu quero com ela, eu chamo ela de meu amor, vem cá, às vezes ela senta perto de mim eu faço um carinho na cabeça dela. Você vê que são pessoas carentes. Então eu levo muito pra esse lado. Se está descalço eu preocupo, eu arrumo chinelo. Se está sem roupa eu dou um jeito de trago casa, tiro minha.</i></p> <p>12- <i>Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?</i> <i>Não. Não. Assim, quando eu cheguei aqui eu assustei, eu nem pensei que ia ficar, mas depois você vai aprendendo a conviver e vai capacitando né./</i></p> <p>13- <i>Vai vendo o manejo de um, vai vendo a contenção de outro, vai vendo uma abordagem, aí aos poucos você vai aprendendo a driblar ali.</i></p> <p>14- <i>Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. Igual eu te falei agora, tem uns que dão muita atenção, tem outros que não. Tem uns que leva,</i></p>	<p><i>visível a carência por afeto dos mesmos. Exalta também sua atitude benevolente e altruísta para com os mesmo.</i></p> <p>12- <i>P7 afirma que no início se assustou prevendo que talvez nem seguiria no serviço. Mas que o aprendeu a conviver e se capacitou, não se sentindo insegura em relação ao paciente psiquiátrico.</i></p> <p>13- <i>P7 atribui seu aprendizado a observação do comportamento e atuação dos colegas.</i></p> <p>14- <i>Ao avaliar o comportamento dos colegas P7 afirma observar diferentes posturas. Descreve comportamentos positivos como dar atenção, tolerância, e negativos como descaso e deboche, afirmando não gostar dos últimos. Pregando uma maior uniformidade na conduta.</i></p> <p>15- <i>P7 cita uma proposta da coordenação de enfermagem, na qual os profissionais técnicos de enfermagem seriam referências para alguns pacientes, se responsabilizando por gerenciar o tratamento. Acredita que por serem profissionais mais próximos aos pacientes, tal conduta pode contribuir com uma melhor aproximação da equipe com os usuários.</i></p> <p>16- <i>P7 percebe que o uso de drogas e a abstinência das mesmas, é o principal dificultador na abordagem ao paciente com comportamento conflituoso. Cita novamente nominalmente o exemplo de uma paciente. Afirma não ter presenciado tal comportamento em pacientes com outros diagnósticos.</i></p> <p>17- <i>P7 acrescenta que a hostilidade de alguns pacientes, sua personalidade, recusa de abordagem verbal também é um dificultador.</i></p> <p>18- <i>P7 diz acreditar que a oferta de atividades lúdicas contribuem para um melhor manejo do comportamento conflituoso. Afirma que o serviço não os têm. Com o tempo o que gera a ociosidade e conseqüentemente se torna insuportável para o paciente.</i></p>
--	--

	<p><i>tem outros que debocha. Tem outros que deixa de qualquer jeito, eu não acho legal. Eu acho que todo mundo teria que dedicar da mesma forma./</i></p> <p><i>15- Inclusive a (...) pediu para a gente fazer uma... virar referência de alguns pacientes. Para ajudar a cuidar mais, sabe. É cuidar da medicação, é cuidada se tá vindo nas PD's. Se não tá, tá ligando. Tá mas assim, participando mesmo. Porque às vezes as referências não consegue né, não consegue entrar. E a gente tá sempre na rua, na busca, fazendo medicação em casa. Então eu acredito que vai melhorar muito essa aproximação.</i></p> <p><i>16- Com relação a esse tipo de procedimento que você acha que dificulta a abordagem? Esses agressivos? Aqui, eu penso que alguns é por causa de droga mesmo. Igual no caso da (...) quando ela está em abstinência ninguém aguenta. Ela puxou o cabelo de (...), ela bateu no (...) no dia que a gente foi dar banho nela que ela tava... Ela assim eu acredito que seja droga. Agora os que eu vejo que realmente são psiquiátricos, que eu falo de retardos, de esquizofrenia, eu nunca vi nada disso, nunca vi nada disso.</i></p> <p><i>17- Nesse contexto todo, quando você tem que fazer essa abordagem, o que você acha que dificulta que essa abordagem aconteça? Às vezes alguns são meio hostis, meio ignorante não aceita ou às vezes não tem manejo. Igual o (...) tá, também não tem jeito... Vc acha que apresentação por parte do paciente influencia... Do paciente sim.</i></p> <p><i>18- O que você acha que facilita? No caso dele, e de outros também, eles precisam de um pouco de liberdade. Aqui eles precisam de alguma coisa para distrair que não tem. A oficina do nosso serviço é muito fraca. Não tem televisão, não tem praticamente nada. Então imagina estressante para eles também, ficar o dia inteiro numa praça só fumando conversando fiado, imagina? Chega uma hora que né, não tem quem agente.</i></p>	
<p>P8</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação</p> <p><i>Já. Porque a noite geralmente a gente já pega o paciente aqui né, e muitas das vezes, às vezes passou o dia tranquilo e chega na hora da noite ele vê que o serviço se fechou, a noite caiu e não tem solução mais, que vai embora aí</i></p>	<p><i>1- P8 já atuou na abordagem a pacientes agitados. Por ser profissional do plantão noturno atribui tal comportamento ao fato de que ao anoitecer o paciente toma ciência de que seguirá no serviço.</i></p> <p><i>2- P8 afirma tentar ao máximo protelar a contenção física, se utilizando de abordagens verbais a fim de atenuar o comportamento conflituoso. Conclui que em algumas ocasiões tem sucesso, porém em outras é</i></p>

<p><i>começa né naquele crescente da agitação./</i></p> <p><i>2- E aí que a gente entra mesmo com manejo, às vezes verbal e quando não dá que chega até a contenção, né. E... a gente tenta o máximo possível com a palavra com a escuta. E já teve paciente de eu levar até para o consultório dar uma de plantonista, conversar, começar a escrever, escrever tudo que está falando pra dizer que está desabafando, falando, já fiz isso inúmeras vezes. E... tem uns que da pra poder... no que você vai conversando, escuta aquela coisa toda, você até consegue fazer com que ele esvazie um pouco e... dá uma reverso na situação toda que estava criando. Agora outros não, outros que infelizmente vai até o ponto final mesmo, que às vezes você precisa da guarda, às vezes é a gente mesmo./</i></p> <p><i>3- Aconteceu uma vez com, há uns dois anos atrás, com o (...) que eu achei assim, por eu ter o mesmo nome da mãe dele, ele tem uma coisa assim, um vínculo forte comigo de às vezes amizade, às vezes de agressividade. Então ele sempre assim, eu posso... o plantão pode estar assim, com várias pessoas diferentes que ele vai sempre à minha procura. E como ele agride muito a mãe, no início ele vinha pra me agredir./</i></p> <p><i>4- Teve um dia que meus colegas ficou até paralisado, que ele pegou a cama e jogou em mim assim, eu segurei, ele achou que eu não ia medir forças com ele, né. Eu segurei, falei com ele "aqui eu não estou pra apanhar e você não está aqui pra me bater, nós vamos ter esse manejo". E peguei ele, às meninas ficou paralisadas que eu gritei, "gente é hora da contenção" assim elas até trombaram uma na outra, aquela coisa assim. Ficaram espantada, falaram assim "não acredito que a (...) vai enfrentar"./</i></p> <p><i>5- Mas eu acho que essa foi o ápice da história, porque se eu não tivesse feito isso naquele dia, dessa cama, é... ele não ia ter o respeito por mim que ele tem hoje. Hoje ele não tem medo, mas ele tem um respeito. E por mais que ele esteja ruim, igual hoje ele tá lá queixando que ele não está bem, aquela coisa toda assim. Ele vai pra perto de mim, ele conversa, ele esvazia. Eu vou pontuando as coisas com ele. /</i></p> <p><i>6- Então assim foi uma situação de agitação, agressividade que deu pra contornar e nesse dia nós tivemos que conter ele, e ele ficou contido a noite toda. E não precisamos, nós não precisamos de chamar a guarda, nós mesmo</i></p>	<p><i>necessário a contenção física com ou sem auxílio da guarda municipal.</i></p> <p><i>3- P8 cita uma situação específica se lembrando do nome do paciente. Afirma ter um forte vínculo com o paciente acreditando ser em função de ter o mesmo nome de sua mãe. E assim como na relação com a mãe, o paciente demonstra ambiguidade em relação a ela. Afirma hoje ser uma referência para o paciente, mas que no início o paciente já tentou agredi-la.</i></p> <p><i>4- P8 descreve em detalhes um episódio de agitação do paciente. Demonstrou coragem e uma postura assertiva diante da hostilidade do paciente. Apontando uma dificuldade do restante da equipe em reagir e se organizar para contenção.</i></p> <p><i>5- P8 conclui que após o episódio no qual teve uma postura mais assertiva diante do paciente, sua relação com o mesmo mudou. Hoje mantém uma relação de respeito, no qual diante de um momento de angústia o paciente a procura para ser escutado.</i></p> <p><i>6- P8 percebe melhora no manejo do paciente em seus plantões. Apesar de manter episódios de irritação e hostilidade verbal, não mais atuou fisicamente. Mesmo nas ocasiões em que se faz necessário novas contenções, estas são feitas pela própria equipe, sem necessidade da guarda municipal.</i></p> <p><i>7- P8 diante do comportamento conflituoso busca pelo manejo verbal, e confirma a eficiência de tal abordagem. Explica que hoje diante da agitação de um colega anunciou nova agitação. Novamente se colocou disponível para escutar ambos, a fim de diminuir sua angústia.</i></p> <p><i>8- P8 novamente cita nominalmente uma paciente para com a qual precisa demonstrar uma postura mais imperativa. Esclarece que não se trata de agressividade, mas de uma postura assertiva, com propósitos claros. Coloca que apesar de demonstra alguma hostilidade e protesto a paciente aceita ser medicada.</i></p> <p><i>9- P8 descreve uma situação na qual um paciente desconhecido estava armado com uma faca. Explica que optou por se afastar a acionar a guarda, sem qualquer outro manejo até que o paciente fosse desarmado. Percepciona que teve sorte do paciente demonstrar que estava armado antes de se aproximar do mesmo.</i></p> <p><i>10- P8 conclui que são muitas as situações nas quais os pacientes demonstram comportamento conflituoso, mas que na maioria a abordagem verbal é suficiente para manejo da situação, não sendo necessário o uso da contenção.</i></p> <p><i>11- P8 afirma não gostar de ver pacientes em contenção,</i></p>
---	--

<p><i>resolveu. Porque quando ele viu que eu enfrentei ele, diferente do que a mãe em casa não enfrenta, aí ele recuou. Aí foi que nós fizemos a contenção e tudo. Então assim depois dessa época eu acho que, eu não lembro se foi depois do episódio do refeitório, se o episódio do refeitório teve, que não foi plantão meu, mas no meu plantão ele já agitou, já gritou, já falou, mas nunca chegou às vias de fato, de jogar mais nada, aquela coisa tudo não./</i></p> <p><i>7- Sempre ele procura, vai conversar. Agora, Sábado atrás mesmo ele começou, ele gritou ele pegou a cadeira pra jogar em outro paciente, tudo. Nós fomos manejando com conversa até que ele se acalmou. Igual hoje também ele está vendo outro paciente mais exaltado, ele começa "não estou bem" "ah eu não estou conseguindo ficar aqui" "ah é isso aqui e aquilo outro..." A gente vai conversando, igual eu sentei com os dois ali agora e manejo um, manejo outro. Cada hora eu deixo um falar pra eles esvaziar, e eu servindo de escuta sabe./</i></p> <p><i>8- E tem vários outros pacientes que você vai manejando. Igual tem a paciente (...) que ela é totalmente cabulosa comigo, porque ele é muito difícil de tomar medicação e quando ela abandona o tratamento ele chega aqui ruim! Louca mesmo, e comigo ela toma remédio, porque eu imponho, ela "seu sargentão", (risos). Mas se você não vai em cima e não impõem, como é que eu falo, assim? Não é agressividade, mas eu acho que é a postura né, postura que "você está aqui pra tratamento e eu estou aqui pra poder negócio". Ela fala, resmungo, bate a perna e tudo assim, fica totalmente persecutória comigo. Mas é aquela persecutória assim de... xingar e tudo assim, mas ao mesmo tempo de obedecer, de aceitar entendeu./</i></p> <p><i>9- E várias. Já teve paciente aqui de eu ir medicar eles assim, a gente não conhecer direito, igual caso do, se eu não me engano, foi o (...) não, eu esqueci o nome dele. Quando eu fui medicar ele tirou uma faca, e falou assim "chega perto pra você ver!". Eu simplesmente dei dois passos pra trás e não adentrei mais. Porque a partir do momento que é uma arma eu não vou enfrentar. Larguei ele pro lado e tive que acionar a guarda municipal, né, pra poder desarmar ele e a gente medicar. E contornou tudo, mas, assim. A sorte minha nesse dia, desse paciente, foi que ele tirou. Porque se eu chego mais perto e ele não tira antes, eu não sabia. Ele tinha ficado aqui o dia inteiro, né./</i></p>	<p><i>fazendo o máximo de esforço para evitar tal procedimento. E caso ocorra trabalha ao máximo para que cesse tão logo seja possível.</i></p> <p><i>12- P8 cita um episódio de comportamento conflituoso ocorrido há cerca de seis anos que considera o mais grave que vivenciou. Destaca que por mais que fossem acionados, os serviços de retaguarda psiquiátrica, e a polícia não chegaram a tempo de auxiliar no manejo da situação. Aponta a fragilidade da equipe e destaca que umas das funcionárias teve uma grave crise hipertensiva. Conclui que diante do risco para pacientes e equipe optaram por permitir que o paciente deixasse o serviço.</i></p> <p><i>13- P8 relata que o paciente estava no serviço há alguns dias aguardando por uma cirurgia em função de uma fratura no braço. Mantido em contenção durante todo tempo, demonstrava grande insatisfação em permanecer no serviço. Não respondendo às tentativas de tranquilização medicamentosa.</i></p> <p><i>14- P8 explica que não havia possibilidade de manter o paciente contido diante das consequências de uma grave lesão. Assumiram o risco de uma descontenção acreditando que seria viável conter o paciente novamente, porém não foi possível.</i></p> <p><i>15- P8 descreve o furor do paciente, pontuando que o apoio não chegava, e que a equipe ficou ainda mais fragilizada diante da crise hipertensiva de uma das profissionais. Seguiram manejando, porém diante da agressividade crescente do paciente decidiram por permitir que deixasse o serviço.</i></p> <p><i>17- P8 conta que após o episódio os profissionais ficaram psicologicamente abalados sendo afastados por 30 dias de suas funções. P8 percebeu que o afastamento não a ajudaria a superar e pediu para retornar ao serviço após 5 dias.</i></p> <p><i>18- P8 diz acreditar que tais comportamentos têm origens diversas. O abandono de tratamento com consequente piora dos sintomas; um desconforto emocional insuportável; angústia não exteriorizadas de outras formas; mudanças e perdas no núcleo familiar, entre outras causas psicológicas de uma maneira geral.</i></p> <p><i>19- P8 por vezes demonstra cansaço em atuar na saúde mental, ponderando nessas ocasiões que já deveria ter parado. Diferente de momentos anteriores nos quais se mostrava mais conformada, fala de angústia, solidão e esgotamento. Relembra a fala de um colega que, logo quando entrou no serviço, a alertou que o trabalho em saúde mental deveria se dar por apenas uma década, e que atualmente tem 18 anos de atuação na área.</i></p>
--	---

<p>10- Então são várias situações que acontecem assim, mas eu creio que a maioria delas são situações que a gente contornou muito mais na escuta e verbalmente do que ir pra contenção./</p> <p>11- E eu assim, particularmente eu detesto paciente contido, eu tenho um sofrimento muito grande de ver eles contidos e eu faço o máximo pra não deixar contido. O que eu posso fazer pra poder descontrair ao longo do plantão eu faço, só quando não tem jeito mesmo né./</p> <p>12- Ocorreu uma situação muito grave há uns seis anos atrás com paciente (...) aqui, que foi uma agitação assim terrível mesmo de abalar a equipe toda psicologicamente né. E teve uma colega que saiu aqui quase enfartando, eu lembro que a pressão dela foi a 26 no dia, assim. Eu acho que essa foi a pior agitação, que nós tentamos de todo jeito. O (...) não chegava para poder ajudar a contornar a situação por mais que a gente ligou. E também a equipe estava toda fragilizada, não tinha como ficar se deslocando para ligar. E... a polícia também demorou muito, guarda também não chegou, foi até que a solução foi nós abrimos a porta, porque nesse dia teve um risco muito grande mesmo de, não só com outros usuários quanto a equipe toda, né. Esse foi muito chocante, mas mesmo assim, assim depois de tudo...</p> <p>13- E como foi? Como foi? Foi o (...). Como foi? A agitação dele? Ele tava, ele tava aqui há alguns dias né, já, mantendo contenção direto e ele estava com braço quebrado, gessado e... ele não tava gessado não, tava acho que com a tala e o curativo. A indicação é de ir para o hospital (...) fazer cirurgia. Então ficaria aqui até ser encaminhada para (...). Só que ele tava muito revoltado está aqui, está contido e não aceitava ficar o risco de evasão é muito e tudo. E não tinha remédio que estava apaziguando ele e... como fazendo uma contenção química né./</p> <p>14- E foi nesse dia que ele agitou tanto que o leito virou com ele. Aí nós vimos o paciente amarrado em cinco pontos e a cama em cima dele. Uma situação assim, terrível. Nós não tínhamos como deixar ele contido no chão na cama, até alguém chegar um suporte da polícia né, tudo assim, não tinha como porque a gente viu que tava macerando aquele braço dele. Nós tivemos que soltar ele. Nós soltamos ele achando que a gente ia conseguir voltar ele né com tudo, e não conseguimos. Porque era um risco muito grande se nós deixássemos ele</p>	<p>20- P8 diz pautar sua abordagem a pacientes com comportamento conflituoso na tranquilidade. Não deixar transparecer medo. Afirma que a calma é essencial em qualquer contexto da saúde.</p> <p>21- P8 coloca que é necessário controle emocional e raciocínio rápido para planejar e executar o manejo das situações de conflito.</p> <p>22- P8 explica que é preciso agilidade e calma para se dirigir uma situação de conflito. Cada situação exige estratégias diferentes, habilidades diferentes.</p> <p>23- P8 afirma não se sentir totalmente segura em relação ao paciente psiquiátrico. Atribui sua insegurança à imprevisibilidade do comportamento dos pacientes. Afirma que o medo é necessário porque leva a cautela. Diz estranhar o comportamento de colegas que não demonstram qualquer preocupação, em especial durante à noite.</p> <p>25- P8 ao avaliar a atuação de colegas, relembra o episódio no qual durante uma agitação foi deixado só destruindo todo o ambiente. Avalia que o correto seria uma abordagem mais proativa da equipe.</p> <p>26- P8 acredita que uma melhor interação entre a equipe de plantão, e entre os diferentes facilitam um melhor manejo do comportamento conflituoso. Explica que tal falta de diálogo impede que relatos importantes cheguem aos responsáveis por gerenciar o tratamento do paciente.</p> <p>27- P8 cita nominalmente o caso de uma paciente. Percepciona que os relatos da equipe noturna de dificuldades no manejo, com manutenção de sintomas, com ameaças direcionadas a um profissional específico, denotando iminente risco de violência, não tem impactado no direcionamento do tratamento do paciente.</p>
---	--

daquele jeito e causar um mal pior que viesse até a amputar um membro e nós sermos até notificados por causa disso. /

15- Aí nós descontivemos ele, nisso já tínhamos acionada a polícia, mas nada de chegar. Ele vem no crescente. Eu lembro que ele pegou várias coisas, pegou o banco, pegou ventilador, chegou quebrar tudo assim. Aí e colega começou a passar mal, ficamos assim, menos, menos né, pessoas da equipe tudo tentando, tentando manejar e ele quebrando as coisas jogando em cima da gente. Foi até assim “vão abrir as portas” foi a solução né. /

16- E assim eu lembro que minhas colegas ficaram até abalada psicologicamente ficaram... na época da Dra (...) que era até referência do paciente deu atestado de 30 dias para todo mundo né, para ficar em casa tudo. Eu lembro que eu fiquei 5 dias e voltei e falei assim "olha eu acho acho que eu tô preparado para trabalhar e ficar em casa eu não vai resolver isso não". Aí foi que eu voltei. Porque revogou o atestado.

18- O que você acredita que desencadeia este comportamento?

Ah tem várias situações né, vários conflitos, muitas vezes eu abandono de tratamento, muitas vezes... às vezes o paciente pode ter até tomando remédio direitinho, mas tem alguma... algum fato emocional que acontece né, e ele não aguenta, não suporta. Algum medo né, que pode virar bater e ele nem consegue falar isso nem dominar aquilo e... acontece. Então assim são várias coisas, eu creio que mais emocional mesmo. Se você for olhar mais assim igual os problemas que tem aqui muitos são abandono de tratamento mesmo, porque aí as alucinações vem assim a todo vapor né. Agora outros são assim, pode estar vindo direitinho, tomando a medicação e tudo e aconteceu aquele fato inesperado ou até às vezes esperado, mas ele não consegue dominar aquilo né, na vida dele. Às vezes um luto. Às vezes uma outra emoção mais forte. Às vezes uma nova pessoa na família, acontece várias coisas assim, são muitos fatos. Que às vezes a gente normal consegue e eles não consegue.

19- Qual tipo de sentimento tipo de atendimento desperta em você?

Olha, tem vezes que me desperta sentimentos às vezes... eu agora eu já tem muito tempo, eu tô tendo um sentimento de cansaço. De achar assim "eu já deveria ter dado um basta".

Porque agora eu estou achando que tô assim mais cansada sabe, psicologicamente eu acho assim. Mas até uns anos atrás não, eu tava assim segurando normal sabe, "eu acho que é tranquilo, tá bom negócio assim", mas agora já tá me dando um sentimento de angústia, não sei se às vezes solidão, cansaço mesmo, eu tô. Quando eu entrei aqui eu lembro que um colega falou comigo assim "saúde mental tem prazo de validade, a gente pode trabalhar só dez anos" acabou isso, foi (...) que me falou sabe "é dez anos no máximo, não passa disso não viu porque senão as coisas piora" e eu já tô com mais de dezoito né, talvez seja isso.

20 Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador ou violento?

Tranquilidade. Eu acho que assim, se você for tranquilo, acho que igual você né (risos). Você todo mundo gosta de trabalhar com você que é todo zem assim. Eu que a maior é tranquilidade, tranquilidade. Eu acho que por mais que a gente possa ter o medo, mas aquele medo não deixar aquele medo aflorar na frente sabe, mas tranquilidade. Sem ter tranquilidade e calma tanto faz na saúde mental, quanto na clínica médica quando, eu trabalhei muito eu trabalhava no (...), igual numa parada você ver um colega que é totalmente afobico, aquela coisa assim estressado, não conduz nada a gente fica né... o trem desanda tudo./

21- Aqui na Saúde Mental é a mesma coisa, se não tiver tranquilidade para conduzir, para pensar, raciocinar o que que você vai fazer, o que você vai manejar. Igual a situação ali, eu preparei o remédio tudo, pra poder dar camuflado ali, aí ele vem pega da outra, o outro vai pega, eu pego de volta. Me dá aqui, eu falei não o seu é esse aqui... Você tem que manejo, tranquilidade, se não uai. Eu já tinha posto no copo, aí o (...) pegou, peguei do (...), falei o seu é esse, pus aqui de volta, aí ele pegou e deu o (...), eu peguei de novo do (...) e conversamos com ele pra ele pra ele não ver, aí a solução foi eu tirar todo do jarro virar o copo lá final ele tomou tudo. Tanto é que agora ele virou para mim "você pôs gotinhas no meu remédio, eu falei não pus não (...), você viu que eu te dei você na jarra (risos). A gente tem que ser esperto, tem que negócio. Então se não tiver tranquilidade para você pensar e resolver as coisas rápido, ágil, não dá certo.

22- Como você descreveria sua estratégia na abordagem desses casos?

Manejo, agilidade, calma, esses trem assim. Cada uma você tem que ter uma estratégia

diferente, né. Manejo diferente, uma habilidade diferente, é assim.

23- Qual seu nível de segurança em relação ao paciente, se sente segura, insegura?

Segura totalmente eu não posso sentir não dá mais assim, eu acho que eu sou 50%. É igual eu falo com os colegas, por eu trabalhar à noite e tudo, a gente fica ali, eu falo assim "o gente", que uns que cochila mesmo coisa toda assim, eu fico "o gente eu fico boba como é que vocês têm coragem, porque eu não tenho não". Eu não tenho porque eu não tenho segurança, porque na mesma hora que eles estão tranquilos, pode dormir, pode alucinar, pode acontecer alguma coisa e vir em cima de você. E a partir do momento que você não tem medo achar tá tudo tranquilo, você fica, dorme com o perigo né. Então quando você tiver medo você tem cautela, eu observo. É igual dirigir, dirigir a partir do momento que você perde o medo total você começa a fazer besteira no trânsito, né.

24- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

É igual, eu acho o seguinte assim, eu posso avaliar, mas assim. É igual aconteceu do caso paciente (...) que quebrou o refeitório, todo. Eu creio que se eu estivesse no dia, eu tinha agido diferente. Eu não tinha trancado o refeitório e deixado ele fazer o que fazia não. Eu juntava a equipe e a gente ia em cima dele, entendeu? Não deixava. Eu achei isso errado, mas eu não posso julgar, cada um é um né, cada um tem seu jeito. Porque eles simplesmente fecharam e deixou ele, até ele esvaziar tudo. Eu ia pegar ele junto com todo mundo, falar assim "não gente, situação não é assim a gente tem que pontuar pra ele que o serviço não é assim, está aqui para acolher ele, e a gente não não pode deixar.

26- Com relação a isso o que você acha que facilita e o que você acha que dificulta esse manejo, do paciente assim?

Eu acho que, o que facilita muito é a interação da equipe. Acho que diálogo e uma... acho que assim uma interatividade não só com a noite, mas com o dia também né. É muitos relatos que acontecem a noite não é a gente por mais que você transmite ao dia não, aquela coisa parece que não gera. E às vezes as coisas que acontece o dia, às vezes não gera para noite. Fica uma comunicação falha, a gente não fica sabendo as coisas que tá sendo conduzidas, cê

	<p>entendeu? Como que está acontecendo. Igual o (...) mesmo, agitou com nós sábado aqui feio, de chegar a pegar a cadeira e tudo. Eu fui conversar com a (...) na Segunda, mas ninguém tá sabendo de nada não. Quer dizer, passado foi, então por que que isso aí não... se perde em tão pouco tempo né. Então diálogo./</p> <p>27- Igual o (...), a crescente dele que tá aqui que tem dias que não toma remédio, só toma remédio velado, a condução está sendo difícil e todo dia nós estamos relatando isso, estamos falando como que ele está persecutório com determinadas pessoas que ele fala assim. O risco de passagem ao ato dele por ele está alucinando demais e com determinada pessoa, e parece que tá sempre se perdendo por que tudo continua do mesmo jeito. Igual ele fala que tem sete meses que tá aqui, mas não tem sete meses isso tudo não, tem uns cinco meses e tá desse jeito. Então eu acho que as condutas deveriam ter mudado.</p>	
<p>P9</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação? <i>Já, sim. Tenho várias experiências né, eu acho assim, que no... quando a gente... no início quando eu entrei aqui no (...), aí eu tinha medo, eu ia conversar com o paciente para falar... é pra falar o que eu sinto? O que eu sentia? Ah tá! Tinha medo, tinha um medo assim, de chegar perto do paciente, de abordar mesmo, de falar qualquer coisa com o paciente, eu tinha muito medo, dele gritar comigo, é... eu morria de medo de uma paciente gritar comigo./</i></p> <p>2- <i>E aí depois, assim, com o passar do tempo a gente vai, eu acho que é... ficando mais esperto ganhando mais experiência, até o que falar. Que eu acho assim, que eu tinha dificuldade, eu tive essa dificuldade agora, quando eu voltei que eu fiquei um ano afastada, o que falar em um paciente./</i></p> <p>3- <i>Tipo assim o paciente estava chorando aí eu fiquei "nossa o que que eu vou falar para ela, como é que eu vou chegar perto dela falar né?". E ela tava chorando, chorando, chorando, e eu não podia fingir que não tava vendo, ela tava ali. Aí.... e o que eu vou falar com ela? Aí eu cheguei, eu não esqueço disso, meu primeiro dia que eu voltei. Eu falei com ela assim "está tudo bem?". Lógico que não estava bem (risos), ela estava chorando, chorando, chorando. Na verdade eu queria fingir que eu não estava</i></p>	<p>1- P9 afirma já ter atuado na abordagem a pacientes com comportamento conflituoso, enfatizando que já teve inúmeras experiências. Em sua primeira fala aborda o sentimento de medo que tinha no início de sua atuação no serviço. Explica que temia por uma reação verbal mais hostil ao abordar um paciente.</p> <p>2- P9 acredita que a experiência acumulada ao longo do tempo de atuação, instrumentaliza melhor o profissional na abordagem ao paciente. Afirma que após voltar de uma licença prolongada voltou a exibir uma dificuldade similar a que teve no início.</p> <p>3- P9 narra episódio, no qual após voltar de uma licença prolongada, confessa que não sabia como abordar uma paciente chorando compulsivamente. Considera que se atrapalhou em suas palavras. Diante da dúvida de como melhor abordar, pensou em ignorá-la, mas não conseguiu.</p> <p>4- P9 constata que entre violência física e verbal são muitas as agressões que os profissionais sofrem na abordagem a um comportamento conflituoso. Agradece que na maior parte das vezes são agressões verbais.</p> <p>5- P9 correlaciona agressividade com o tipo de diagnóstico do paciente, concluindo que paciente com determinado diagnóstico são mais agressivos, enquanto outros aceitam melhor a abordagem.</p> <p>6- Ao relatar uma vivência específica P9 cita nominalmente o caso de um paciente. Caracteriza o paciente como um indivíduo que naturalmente ofende e ameaça outros pacientes e a equipe. Avalia uma estranheza no comportamento do paciente que não</p>

<p>vendo, mas eu não consegui fingir que não estava vendo./</p> <p>4- Então, assim, e aí nessas abordagens a gente sofre muita agressão, física e é... verbalmente né, mas graças a Deus na maioria das vezes é verbalmente, né. Nas vezes que a gente vai conversar com paciente nessa abordagem, da crise tanto faz na hostilidade./</p> <p>5- Que eu acho que quando o paciente está deprimido, tá pensando em autoexterminio, ele não é muito agressivo com a gente. A não ser esses bipolar que mais... mal humorado. Porque aí o paciente ele só fica... ele não é agressivo com a gente. É uma abordagem mais tranquila eu acho. Para mim eu acho que a abordagem mais difícil é do bipolar.</p> <p>6- Você consegue se lembrar de um episódio, de uma situação específica? Oh, eu tenho... tem o (...), que foi, que é o que me marcou também, que foi na minha volta. Que é... ficava aí à tarde inteira é xingando todo mundo, é... hostilizando, ameaçando os funcionários, os paciente, tudo né. E aí no dia que ele, e ele é um paciente esquisito, porque quanto mais a gente fala calmo com ele mais ele grita e... que é o contrário que a gente aprendeu né, vão falar calmo com o paciente que a gente não tem que estressar. Só ele é o contrário, quando mais calmo você fala com ele mais ele grita, mais hostil ele fica, mais agressivo ele fica e assim./</p> <p>7- Eu não lembro, mas o desfecho da história é que eu fui embora chorando copiosamente. Cheguei em casa chorando, não conseguia parar de chorar. E ele assim, eu fui embora e eles ficaram pra conter ele, só que no final não conteve ele./</p> <p>8- Porque você chorou? Porque ele foi muito agressivo comigo, porque ele... eu falei para ele assim... ele tava xingando a (...). E porque a (...) ia dar uma medicação extra que a (...) tinha prescrito. Só que... sabe quando o médico vem, entrega a receita para enfermagem e não fala nada com paciente? Aí a (...)foi abordar ele "oh (...) tem uma medicação aqui pra você", e era haldol com alguma coisa. Aí ele começou a ficar agressivo com a (...). Aí eu falei assim "não fica assim com ela porque não é responsabilidade dela". Aí ele pegou e partiu para cima de mim. Ele pegou e falou assim "eu não tô falando com você é...", eu falei assim "mas calma vamos conversar". "Não que conversar sua piranha,</p>	<p>respondia como esperado a uma abordagem tranquila por parte do profissional. Algo que havia aprendido.</p> <p>7- Em um primeiro momento P9 diz não se lembrar dos detalhes, mas se lembra de sair do serviço aos prantos, comportamento que se seguiu mesmo após chegar em casa.</p> <p>8- P9 atribui sua resposta emocional ao nível de agressividade verbal do paciente, e sua crescente hostilidade mesmo diante de uma abordagem calma e respeitosa. Conclui que diante desse comportamento se cala e se afasta do paciente.</p> <p>9- P9 relata que foi prestar cuidado a um outro paciente, e que novamente voltou a ser hostilizada. Persistiu com uma abordagem tranquila, mas sem mudança no comportamento do paciente.</p> <p>10- P9 explica que após uma interpretação equivocada do paciente sua hostilidade se acentua ainda mais, e que na iminência de uma agressão física, o paciente é segurado por suas colegas, e que tal cena a faz atingir seu limite emocional.</p> <p>11- P9 fala de ser tomada por um choro compulsivo após o episódio. Alega ter se sentido atacada pelo conteúdo das ofensas do paciente, contextualizado que era sua primeira semana após retornar da licença maternidade.</p> <p>12- P9 fala que para além dessa situação específica rotineiramente os profissionais são agredidos verbalmente. Afirma não saber se é algo específico deste serviço. Diz que tal comportamento não é exclusivo dos pacientes em crise, mas algo que faz parte de sua cultura.</p> <p>13- P9 acredita que o comportamento conflituoso teria como principal causa a personalidade truculenta dos pacientes, além da desconsideração aos profissionais do serviço.</p> <p>14- P9 constata que a desconsideração aos profissionais ocorre independente da formação ou cargo do profissional. Porém os profissionais de enfermagem seriam os que mais estão sujeitos a tal condição.</p> <p>15- P9 conjectura que a desconsideração aos profissionais de enfermagem teria uma causa maior, que não consegue explicar. Demonstra indignação por se tratar de um indivíduo em exercício de sua atividade laboral.</p> <p>16- P9 constata que existem profissionais pouco empáticos e grosseiros, mas que tal condição não justifica o desrespeito à profissão. Afirma que tal</p>
--	---

<p><i>sua puta, sua vagabunda!". E gritando assim, no meu rosto. Ai eu fiquei calada, deixei./</i></p> <p><i>9- E nisso o (...) estava contido, e o (...) estava se jogando da cama. Foi tudo ali o corredorzinho. O (...) se jogando da cama, ele gritando comigo. Nós vimos o (...) lá, assim, aí a gente foi consertar o (...). Nisso que a gente consertou... foi, entrou pro quarto, ele pegou e foi atrás de mim novamente, me xingando, xingando, eu falei "mas calma, por que você está falando assim comigo? Eu estou te tratando, não é desse jeito eu quero conversar, resolver". E aí ele mais me hostilizando./</i></p> <p><i>10- E nisso o (...) ficou quietinho, ele gritando, o (...) voltou pra cama, ficou quietinho, aí ele pegou e saiu. Na hora que ele saiu aí eu falei, "até o (...) ficou quieto agora" aí nós pegou e riu. Porque, não dele e nada, mas porque o (...) na agressividade dele, do jeito que ele estava falando com a gente, até o (...) assustou. E aí que a gente riu, ele pegou e voltou, voltou e veio pra cima de mim de novo "você está rindo de mim sua vagabunda?" E aí eu tava de máscara, e aí ele puxou minha máscara. Ai as meninas já seguraram ele, porque achou que ele bater na minha cara alguma coisa assim. E aí seguraram ele, e aí acabou./</i></p> <p><i>11- E aí menino eu comecei chorar, fui lá pra dentro comecei chorar não consegui me conter, assim, nas lágrimas. E fui embora chorando, cheguei em casa chorando. Uma coisa assim inexplicável. Porque eu me senti muito atacada, estava voltando de licença maternidade, e aí você chega em um lugar, na primeira semana, pra te chamar de vagabunda, de piranha e não sei o que. Eu achei assim, muito pesado pra mim, foi muito difícil./</i></p> <p><i>12- E fora assim que a gente sempre né, aqui no (...), eu não sei se é em todo (...) diariamente a gente é hostilizado né, diariamente. Tanto faz, não é só na crise que o paciente aqui xinga a gente desrespeita a gente. Vagabunda e piranha parece parece que está na boca deles sempre falar da gente.</i></p> <p>13- O que você acha que desencadeia esse comportamento? <i>Eu acho assim, que a falta de educação em primeiro lugar. Porque, não é porque é um paciente psiquiátrico, que tem que tratar a gente desse jeito. Eu acho que a falta de educação e de respeito com os profissionais aqui./</i></p>	<p><i>condição não se restringe aos serviços de saúde mental, ocorrendo também no hospital geral.</i></p> <p><i>17- P9 fala de angústia e tristeza como sendo os principais sentimentos despertados diante do comportamento conflituoso de pacientes. Se questiona o porquê da falta de consideração e a grosseria dos pacientes para com os profissionais.</i></p> <p><i>18- P9 explica que suas atitudes diante do comportamento conflituoso são diversas. Em alguns momentos já se afastou e em outros conseguiu abordar o paciente, demonstrando uma postura mais assertiva. Acredita que nessas ocasiões existe um risco ao profissional.</i></p> <p><i>19- P9 acredita que neste serviço em especial o risco é maior em função da falta de consequências aos pacientes após uma agressão aos profissionais. Completa que diante de uma agressão o profissional tem pouco a fazer, além de se angustiar.</i></p> <p><i>20- P9 narra um episódio no qual foi agredida, afirmando que neste caso em específico não ocorreu um direcionamento da violência a ela pessoalmente. Completa que o fato de ser afastada de suas funções após, foi um alento para sua angústia.</i></p> <p><i>21- P9 chora ao falar do sentimento de inferioridade e impotência que sente após ser agredida.</i></p> <p><i>22- P 9 relata com detalhes episódios em que durante a contenção de uma paciente, outra usuária e sua acompanhante entram em conflito e agredem vários integrantes da equipe. Demonstra indignação e estranheza com o fato de não haver consequências para os agressores.</i></p> <p><i>23- P9 Alega que os pacientes têm ciência de que não sofrerão consequências decorrentes de um comportamento agressivo e reafirma seu sentimento de impunidade. Diz não saber se a contenção física do paciente seria essa consequência, mas que deveria ter alguma barra a este comportamento.</i></p> <p><i>24- P9 afirma que após começar a treinar artes marciais e a fazer terapia sua abordagem melhorou. Acredita que principalmente as artes marciais a ajudaram a mudar sua postura diante da crise, demonstrando fisicamente mais confiança.</i></p> <p><i>25- P9 não avalia positivamente sua atuação diante do comportamento conflituoso em função das hostilidades e agressões que sofreu. Afirma ainda estar em processo de aprendizagem com relação a tais habilidades.</i></p> <p><i>26- P9 afirma pautar sua estratégia de abordagem em se manter calma, se atentar ao tom de voz. Avalia que</i></p>
--	--

<p>14- <i>Eu não sei assim, se é uma coisa é... não sei se palavra é gerencial, se é assim. Porque aqui eles desrespeitam todo mundo. Mal, mal eles respeitam a (...), e olhe lá. E assim, o médico mais ou menos né, e é assim. Porque assim, a maioria dos profissionais de técnico e principalmente... lógico que a enfermagem é o mais desrespeitado, diariamente por isso./</i></p> <p>15- <i>Eu não sei assim se é... eu acho que primeiro é a falta de educação, e essa falta de respeito eu não sei parece que ela vem assim é... de um âmbito maior, essa falta de respeito com a enfermagem, eu não entendo. Por que essa falta de respeito sabe? Com o profissional que está ali trabalhando./</i></p> <p>16- <i>Tudo bem, tem uns que trabalham com uma cara, trata o paciente mal, mas mesmo assim. É uma falta de respeito que eu não sei, é... que não é... você vê que em hospital o povo trata a enfermagem mal. Em outros ambientes a enfermagem é desrespeitada, não sei, assim.</i></p> <p>17- Quais sentimentos esse momento de despertou? <i>Eu sinto angústia, tem essa angústia né, e fico pensando assim, me dá uma tristeza. Fico acho que mais é angustiada, com essas coisas... que vem né. Pra quê tanta falta de educação, tanta falta de respeito? Eu fico pensando, pra quê isso, né? Pra quê isso?</i></p> <p>18- Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador e violento? <i>Olha, já corri, e já enfrentei (risos). Nesse dia eu corri né do (...). Mas assim, já enfrentei, já consegui, assim, colocar... ter postura, de falar você não vai me tratar desse jeito, você não pode me tratar desse jeito, mas é uma coisa assim é... como é que fala? A gente tá correndo risco quando fala isso né! Eu acho que o mais seguro pra gente sair fora, sabe (risos), é sair!//</i></p> <p>19- <i>Principalmente aqui, porque a gente é agredido fisicamente e aí? Fica por isso mesmo. Eu falo pras meninas, a gente aqui apanha o quê resta para a gente? Ir embora para casa chorar. A única coisa que resta para a gente é ir embora para casa chorar. Antes pelo menos tinha a (...) que tinha o coração bom, quando a gente apanhava ele dava um atestado para gente./</i></p> <p>20- <i>Eu lembro uma vez que o (...) me agrediu. Mas no caso ele... eu dei foi má sorte, porque ele estava contido e eu fui ajudar os meninos a</i></p>	<p><i>anteriormente ficava exaltada, falando e gesticulando muito. Afirma que em um curso recente foi falado que grande parte da agitação do paciente se origina relação com profissionais.</i></p> <p>27- <i>P9 é insegura com relação ao paciente psiquiátrico, atribuindo sua insegurança ao fato de que após uma agressão não existem quaisquer consequências.</i></p> <p>28- <i>P9 após se tornar mãe tem mais temor de ser agredida. Se dizendo mais insegura em se aproximar de pacientes com comportamento conflituoso. Consta ter regressado aos seus sentimentos que tinha em primeiros momentos no serviço.</i></p> <p>29- <i>P9 avalia que anteriormente mantinha uma postura de crítica em relação ao comportamento dos colegas de enfermagem, avaliando-os como maus profissionais, por considerá-los pouco proativos.</i></p> <p>30- <i>P9 evita julgamento e se abala emocionalmente quando um colega é agredido.</i></p> <p>31- <i>P9 tem hoje uma postura de maior aceitação aos diferentes comportamentos e formas de pensar dos colegas, evitando julgamentos com relação a suas condutas.</i></p>
---	--

conter, ele tava se descontentando, fui ajudar a conter ele novamente e aí ele me pegou, e me bateu. Mas eu acho assim que não foi assim não foi por mim... ele não bateu em mim assim, porque sou eu "ah a (...) chegou lá eu vou bater nela" não foi uma violência direcionada. Acho que é porque na hora da contenção né contendo ele de novo ele pegou e me agrediu. Aí nesse dia foi bom... foi bom assim né... pelo menos, eu fui embora pra casa chorando, mas fui com atestado de dez dias para casa./

21- E eu acho assim, porque eu não sei, você falou que nunca foi agredido, mas quando a gente é agredido, a gente vai embora para casa com sentimento de nada. Você pensa "nó, eu não valho nada, nada (choro)". Porque você apanha, o que resta pra gente? É embora para casa chorar. E... eu já sofri várias agressões, eu tenho, pelo menos na época da (...) fazia CAT, eu tenho lá um histórico grande de CAT. E aí você, no outro dia, você fica uns três dias mal. Porque você pensa "o que que eu...", você pensa "você não vale nada". Você vai embora pra casa se sentindo um lixo./

22- Igual, teve uma outra vez também que a... teve foi uma confusão generalizada com a (...), que aí ela juntou ela e a filha dela para bater na gente. A gente lá ia conter uma outra paciente. Foi assim, a paciente... estava com a (...) e o (...) no plantão, sexta à tarde pegando fogo. E a (...) com ideação de autoextermínio, (...) não, (...) com ideação de autoextermínio, "eu vou me matar, vou me matar, vou me matar..." E a (...) tentando conduzir e tudo, e ela com remédio na bolsa falando que ia tomar e tudo. Aí a (...) falou que a gente ia ter que conter, porque não estava abordável pela palavra e tudo, aí a gente foi conter a (...). Nisso a (...) tomou as dores da (...), e veio pra cima da gente, e a filha da (...) também. Nisso o (...) segurou a (...) e a filha da (...) continuou agredindo a gente. E aí juntou outros pacientes e meu óculos foi parar lá no meio do pátio. E aí nós ficou assim "nossa". O (...) segurando a (...) assim ó, de costas, eu fui no (...) e falei assim "nó o que que nós vamos fazer? O que a gente vai fazer?" Nós não sabia o que fazia. E a (...) gritando, a filha da (...) gritando. Aí ele falou assim pode conter a (...) que eu vou segurar ela aqui. E aí nesse dia como é que você vai embora pra casa? Depois de um episódio desse. Uma confusão generalizada, todo mundo apanhando. Nesse dia todo mundo apanhou, o (...) apanhou, (...) apanhou, todo mundo apanhou, da paciente, da filha da paciente, gente! E você vai embora... essa foi a

última vez que eu sofri uma agressão aqui, foi assim 2020. Você vai embora pra casa, pensando assim "gente, eu estou indo trabalhar, sofro uma agressão dessa, uma violência dessa e simplesmente fica por isso mesmo". É uma coisa assim que eu acho estranho./

23- Porque dá para entender que os pacientes podem... dá entender não né, eles sabem disso, que eles podem bater, pode fazer o que quiser com a gente, que nada acontece. Fica essa sensação de impunidade. Assim, de injustiça. O que eu acho assim, não sei se... não estou falando que tem que conter... nem sei se conter é a solução também, mas pelo menos assim "nó me bateu..." Você vai agredir uma pessoa, não pode fazer isso, você tem que ter uma punição, sabe. Eu acho que fica muito livre isso. Eu acho que é muito livre.

24- Qual foi sua atitude diante do comportamento ameaçador ou violento?

Eu acho que é isso, assim. E.. depois que... eu comecei me resguardar mais. E é engraçado isso, eu acho muito engraçado isso, a arte marcial me ajudou muito nessa questão, fora a terapia também. Mas, eu lembro que eu fazia circuito antes de começar o Jiu-jitsu, e aí... sempre apanhava, e é o mesmo professor, e ele falava "Eh! (...), faz Jiu Jitsu, quando você começar a fazer Jiu Jitsu nunca mais você vai apanhar!" Aí eu falava assim "pára com isso (...)". Ele "não você vai ver nunca mais você vai apanhar" E realmente eu fiquei muito tempo sem sofrer uma agressão física. Eu acho que a minha postura diante da crise, dessa situação mudou. Eu não sei se falar assim o que mudou. Não sei se é só os paciente saber que eu fazia Jiu-Jitsu eles já paravam (risos)! Não é, num é? Acho que não é isso! Eu acho que é a postura, eu acho que mudou alguma coisa assim na minha postura, que eu tenho cer... E foi justamente depois que eu comecei a fazer o Jiu Jitsu que melhorou. Eu acho que é a postura, é... da... física da gente mesmo. Eu acho que é isso.

25- Como você avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo?

Eu não acho que é boa, porque se fosse boa eu não apanhava (risos). Nem era muito hostilizada. Eu acho que eu tenho muito que aprender ainda, é nessa questão de abordagem, porque num é... eu num sei falar.

26- Como você descreveria sua estratégia de abordagem?

A minha estratégia agora é manter a calma, é manter a calma. Eu sempre falo com os meninos do curso que você deu, falo assim “olha o (...) falou gente, noventa por cento... setenta né? Por cento da agitação dos paciente é os funcionários que causa (risos), então vamos manter a calma. Então assim eu tento sempre observar meu tom de voz, que eu tô falando, e sempre falar mais pausadamente. Acho que eu ficava mais eufórica, mais gesticulando, falando, falando, sem parar. Ai eu sempre tento, agora né que eu estou falando, observar meu tom de voz, falar mais baixo, e falar mais pausadamente.

27- Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Me sinto. Sinto principalmente nessa questão de agressão física, porque é isso que eu falei né, a gente é agredido e o que resta pra gente é ir pra casa chorando./

28- E agora, depois que eu voltei, eu tenho muito mais medo de apanhar agora que eu sou mãe, não sei porque, tenho muito mais medo de ser agredida do que eu tinha antigamente. Então assim, tenho mais receio de chegar perto de um paciente, mais agitado, eu tenho muito mais receio agora, sabe. Parece que voltou assim do início, parece que eu entrei no (...) de novo, assim , vivendo tudo de novo, aquela angústia, aquele medo.

29- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Antigamente eu julgava muito as pessoas, muito, muito! Nó, melhorei demais. Depois que eu virei mãe que eu passei a... Eu tinha isso de mim de... sempre as pessoas, sempre julgava a pessoa como um mal profissional, pra ser sincero mesmo, sempre como má profissional. Principalmente na enfermagem, você sabe como é esse povo que gosta de levar tudo em banho maria, não esquentam a cabeça. E aí, a maioria das vezes eu sempre julgava isso./

30- A não ser na questão de agressão. Porque a questão de agressão é uma coisa que sempre mexe comigo. Saber que um colega foi agredido é muito difícil./

31- E aí eu sempre pensava isso. Hoje em dia eu penso assim... Eu comecei a pensar assim que cada um tem de um jeito, porque, não porque eu penso que tem que ser dessa forma que todo mundo tem que agir dessa forma,

	<p>comecei a aceitar melhor as pessoas. E era o que eu pensava antigamente, hoje em dia não, eu escuto tento analisar assim, mas eu sem aquela coisa de julgar, sabe? Sem achar que a pessoa estava errada e tudo, sabe?</p>	
<p>P10</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação? <i>Sim. Sim é... Eu me lembro aqui do paciente... fugiu o nome dele agora, é... aqui da região, morador da (...), foi paciente inclusive da (...) transtorno bipolar. O primeiro contato, é... estava em crise né, e... o primeiro contato que eu tive com ele foi há alguns anos, uma crise que ele teve, é... ele chegou aqui no serviço uma abordagem é muito difícil ele não queria ficar, não tava aceitando abordagem e... queria evadir de qualquer maneira. É... e aí a abordagem foi simples. A gente tentou estabelecer o contato verbal ali com ele, tentou contactar né, e... naquele momento dele daquela crise dele, ele não aceitou bem essa abordagem, onde a gente teve que é... fazer a contenção física né. Foi uma contenção difícil porque ele realmente estava no momento muito difícil né./</i></p> <p><i>2- Mas depois ele, com passar dos dias a entrada da medicação, ele começou a ceder no sentido de interagir melhor com a equipe né, entender e que a gente tava ali para ajudar ele né, e começou a aceitar mais o tratamento. Pena que me fugiu o nome dele agora você conhece ele também, eu não tô me lembrando o nome dele aqui. Mas uma das experiências mais marcantes foi essa sim, a dele.</i></p> <p>3- Por que foi marcante? <i>Porque eu achei que... é... primeiro, possivelmente porque, ele foi uma das minhas primeiras experiências na saúde mental, com esse tipo de situação. Então no primeiro momento a gente assusta né, rapaz fala mais alto né, e tem um crescimento assim, que parece o cara vira um gigante na sua frente né. E... a gente fica temeroso porque a gente não sabe o resultado que vai dar né. /</i></p> <p><i>4- Tanto... porque a expectativa sempre... eu sempre trabalhei assim, de repente com uma conversa a gente se aproximando conversando a gente consegue estabelecer um caminho né para interagir ali para conseguir fazer a pessoa voltar daquela posição que ela se encontra mais agressiva né. Ele falou, me</i></p>	<p><i>1- P10 se lembra facilmente de um episódio no qual atuou na abordagem a um paciente com comportamento conflituoso. Tem dificuldade em lembrar o nome do paciente, mas se lembra do bairro onde mora, do profissional que o acompanhava e de seu diagnóstico. Explica que foi uma abordagem muito difícil, que o paciente se recusava a ficar no serviço, que foi tentado sem sucesso um diálogo com o paciente, sendo necessário o uso da contenção física. Salientando que foi complexa a abordagem.</i></p> <p><i>2- P10 explica que com o passar dos dias, com o início do tratamento, o paciente foi interagindo mais com a equipe. Passou a compreender a intenção de cuidar da equipe aceitando melhor sua condição.</i></p> <p><i>3- P10 correlaciona o sentimento de que foi uma experiência marcante por ter sido um dos primeiros contatos com uma pacientes com comportamento conflituoso. Confessa que nesse primeiro momento se sentiu assustado diante da exuberância do comportamento do paciente e da imprevisibilidade de suas ações.</i></p> <p><i>4- P10 fala de atuar sempre por meio de uma abordagem pautada no diálogo, buscando atenuar a postura agressiva do paciente. Porém nesse caso em especial o paciente se mostrou irredutível em sua agressividade.</i></p> <p><i>5- Apesar da força física e resistência do paciente, P10 considera que a abordagem foi um sucesso em função da atuação articulada de um bom quantitativo de funcionários.</i></p> <p><i>6- P10 conclui que o sucesso dessa primeira abordagem na contenção expandiu com a atuação da equipe nos atendimentos diários. Estabilizada a crise paciente compreende a necessidade de ser ajudado e aceita o tratamento.</i></p> <p><i>7- P10 descreve uma outra situação na qual não houve qualquer diálogo, pois o paciente evade do serviço após passar pela equipe de enfermagem e pelo porteiro. Enfatiza a gravidade do caso, que motivou que a equipe abordasse o paciente, mesmo fora do serviço.</i></p> <p><i>8- P10 descreve que foi uma abordagem difícil em função da agressividade do paciente e da presença de populares. Sua intenção era trazer o paciente de volta ao serviço sem uso da força, porém somente foi possível</i></p>

<p><i>lembro dele essa frase "eu tô aqui para Matar ou Morrer", naquela, naquele momento dele ali. Então tentamos ali desfazer desconstruir essa fala dele, esse pensamento dele, essa postura dele né, "ou tudo ou nada né"./</i></p> <p><i>5- Mas o que contribuiu para o sucesso desse evento com certeza foi um efetivo bom de pessoas ali né, ninguém teve que fazer nada sozinho, todo mundo atuou junto e isso fez a diferença. Nesse episódio foi um sucesso, felizmente né. O paciente felizmente não se machucou. Conseguimos fazer a contenção dele, ele é muito forte, muito resistente, mas como todo mundo entrou junto abafou. Aquele momento dele mais agressivo e não teve como reagir muito. Embora tenha tentado né./</i></p> <p><i>6- E depois do sucesso foi, foi, foi aumentando né, devido a interação da equipe multidisciplinar. Atendendo ele diariamente. Ele foi aceitando a medicação foi... ele foi passando aquele momento mais crítico ele foi vendo que precisava de ajuda. E ali foi um sucesso./</i></p> <p><i>7- Outra situação, que essa eu posso descrever que foi um pouco mais difícil, foi do (...), é... paciente do (...). Dessa vez não teve muita conversa. Ele evadiu da unidade né, foi muito assim, agressivo. Passou por parte da equipe né, de enfermagem, empurrando. Passou pelo porteiro e evadiu pra rua né. E como é que tava muito tomado, uma das plantonistas saiu, foi atrás dele. Eu fui em companhia dela, pra gente tentar abordar ele na rua. Porque ele tava assim, ele não estava bem mesmo, ele tava bem transtornado mesmo né./</i></p> <p><i>8- E aí nesse evento na rua a gente abordou ele tentou convencê-lo a voltar e ele ainda estava bastante agressivo. Ele não gostou da gente ter abordado ele e acabou que ele veio para cima né, tivemos que fazer uma contenção nele naquele momento ali. Foi na rua aqui, na avenida. Imobilizá-lo ali foi difícil. Primeiro pelo público que estava presente na hora. Porque a intenção mesmo era realmente conseguir trazer sem uso de força né, mas não teve jeito nessa situação. Felizmente deu certo porque, ele não... ele embora tem investido com muita força contra a gente, a gente ainda conseguiu segurá-lo, imobilizá-lo com segurança e trazê-lo da onde, do ponto a gente tava para dentro do (...) novamente, mesmo ele fazendo resistência./</i></p>	<p><i>trazer o paciente de volta ao serviço em segurança após imobilizá-lo.</i></p> <p><i>9- P10 considera que foi difícil, pois não esperava que o paciente iria evadir. Salienta o risco que existia para ele e para seus familiares, em função de suas ameaças, o que justificou deixar o serviço e abordar o paciente na rua. Considera que foi uma abordagem de sucesso em função do grau de agressividade do paciente.</i></p> <p><i>10- P10 cita um terceiro paciente, novamente pelo nome, e bairro de residência. Percebe que o paciente tinha uma resistência ao serviço. Destaca que suas crises tinham por característica a agressividade, demonstrando grande resistência à contenção.</i></p> <p><i>11- P10 descreve em detalhes a evasão do paciente. Relata que acompanhado por um plantonista e um outro profissional de enfermagem abordou o paciente e diante da hostilidade e recusa do mesmo o imobilizaram. Destaca que estavam próximos ao local de trabalho do paciente, que este conseguiu mobilizar contra a equipe conhecidos que aparentemente desconheciam sua condição psiquiátrica. Agradece que uma viatura da polícia os auxiliou, pois já estavam sendo hostilizados pela população que acreditava se tratar de uma agressão ao paciente.</i></p> <p><i>12- P10 destaca novamente a progressiva melhora após essa primeira abordagem com atuação da equipe o levando novamente a estabilidade.</i></p> <p><i>13- P 10 percebe que a agressividade do paciente tinha uma apresentação pouco usual para um paciente do sexo masculino.</i></p> <p><i>14- P10 narra um episódio no qual se lesionou após ser mordido por uma paciente. Não demonstra qualquer reação ou ressentimento. Se diz agradecido por ter sido nada grave, e se diverte com o fato de ter ficado uma cicatriz.</i></p> <p><i>15- P10 cita um quarto paciente que também considerou muito agressivo. Por acreditar o serviço muito cheio afirma que solicitou da equipe de plantão uma atenção ao caso. Diante da passagem ao ato agressivo, P10 imobiliza o paciente, o tira de próximo dos demais pacientes e é auxiliado por colegas na contenção do paciente.</i></p> <p><i>16- P10 faz um destaque especial a este paciente pelo fato de que apesar de ter um quadro psiquiátrico descompensado, fazia ameaças pessoais à equipe. Paciente morador de área com presença de criminalidade, alegava ter relação com crime e que acionaria tais indivíduos contra a equipe caso não fosse discutindo. P10 observar a contundência de tais ameaças.</i></p>
--	---

<p>9- <i>Mas foi um dia difícil porque, você esperar assim, que o sujeito vai evadir né. E você ver que é um sujeito grave que ele não pode, não tá naquele momento ele sair da unidade ainda, então risco para ele, risco para outras pessoas. Principalmente pra família que ele estava bastante persecutório com a família. Nós então tivemos essa de ir atrás. Felizmente nesse episódio também conseguimos com sucesso, mas devido ainda assim é... apesar da agressividade dele naquele momento né./</i></p> <p>10- <i>Um outro paciente também, paciente de nome (...) também morador da (...). Ele... ele sempre foi muito persecutório com nosso serviço né, então nas crises dele as contenções dele, ele era muito agressivo. Mordia, se jogava no chão, dificultava para levantar né./</i></p> <p>11- <i>E eu me lembro de uma vez que ele também evadiu aqui do serviço e ele subiu aqui na rua de trás aqui do (...), e... fomos atrás, foi a plantonista e mais um companheiro de enfermagem, abordamos ele, ele não quis voltar, também ficou hostil, ameaçador aí, nós tomamos a primeira atitude de segurá-lo. Curiosamente, tava na área que ele trabalhava, aí o povo cercou, a população cercou e não tava entendendo o que tava acontecendo, o motivo que a gente tava segurando ele. E aí ele conseguiu dramatizar a situação, foi até hilário e irônico, na verdade (risos). E a plantonista é... tentando acalmar o pessoal, a população que tava, já tava... vendo a gente segurando ele. E ele pedindo para soltar e para ajudar ele. E os colegas de trabalho querendo entrar para ajudar e eu tentando abordar. E parece que pessoal não conhecia ele tanto assim porque não sabia da questão da saúde dele, do problema, dessa questão da saúde dele. Felizmente passou uma viatura na hora, da PM, onde nós pedimos auxílio eles ajudaram a manejar o público. Que alguns já estavam até xingando a gente, falando que a gente estava fazendo covardia, mas não era, a gente só segurou e não deixou de sair. E colocamos ele, nós conseguimos junto com a PM colocar dentro da viatura e transportamos ele de volta para cá./</i></p> <p>12- <i>E aí é que foi feito toda a conduta, contenção física e contenção química né. Com passar dos dias também né, com a interação da equipe, é multidisciplinar né, ele foi melhorando, melhorando até estabilizar e ter alta./</i></p>	<p>17- <i>P10 relata que após aparente estabilidade do quadro o paciente é descontentado. porém após o jantar quebra a porta e evade do serviço. P10 dá destaque ao fato de que após retornar a residência, agride novamente a mãe idosa. Após intervenção de familiares, o paciente retorna ao serviço, mas não dá continuidade ao tratamento.</i></p> <p>18- <i>P10 se mostra surpreso com o fato do paciente retornar ao serviço aparentemente estável após dois meses, mesmo não tendo aderido ao tratamento no serviço. Questiona se foi levado a outra instituição. Ressalta novamente que por ocasião de sua crise se mostrou muito agressivo.</i></p> <p>19- <i>P10 correlacionar a princípio o comportamento conflituoso ao diagnóstico do paciente e suas reações aos sintomas. Acredita que problemas familiares acentuam o comportamento conflituoso, além da dificuldade de compreensão da real intenção daqueles que se propõem a ajudá-lo.</i></p> <p>20- <i>P10 acredita que os profissionais devem ter ciência da origem patológica e social do comportamento conflituoso. Porém deve se preparar para atuar caso o paciente venha a exibir um comportamento mais agressivo.</i></p> <p>21- <i>P10 coloca que a atenta observação é essencial no trabalho em saúde mental. Percepciona que nos momentos que o serviço está mais tumultuado naturalmente a equipe se mostra mais atenta. Diferente dos momentos de tranquilidade, no qual ocorre um relaxamento da equipe. Conclui que tais momentos exigem atenção, pois são propícios a comportamentos de risco.</i></p> <p>22- <i>P10 explica que o paciente percebe a desatenção da equipe, e caso tenha o planejamento, atua.</i></p> <p>23- <i>P10 afirma que o primeiro sentimento diante do comportamento conflituoso é o de cuidar. Mas também o medo, algo que considera normal. Reflete que o sentimento de medo deveria fazer o profissional se questionar sobre o seu real desejo de trabalhar da saúde mental.</i></p> <p><i>P10 fala da importância de um real desejo pela atuação nos ambientes da saúde mental. Acredita que quem inicia na área deveria fazer tal questionamento, pois não é qualquer profissional que se habilita para tal.</i></p> <p>26- <i>P10 observa que a maior parte das pessoas ao chegarem nos serviços de saúde mental se assustam, diferentemente que que tem apreço pela área que não se abala.</i></p>
--	--

<p>13- <i>Mas foi um episódio difícil, porque as agitações dele, ele dava muito trabalho. Batia, cuspiam, mordida, era uma coisa assim, bastante diferente né. Normalmente as contenções de homem que eu participei, mais é agressividade com soco, com chute, empurrão né. Mas até então ninguém tinha me mordido, não que ele tenha me mordido nesse episódio, mas ele tentava morder a gente né./</i></p> <p>14- <i>Outra... outro episódio interessante também foi, tinha uma menina, a... fugiu o nome dela aqui agora. Mas ela na verdade ela entrou no consultório para exigir da psiquiatra, que tava grávida também, acho que de uns 7 meses ou 6 meses, tava com barrigão, a alta. E ela cercou ela e não deixou ela sair de jeito nenhum. E aí nós entramos, a psiquiatra abriu a porta e pediu para equipe ajudar. Entramos no consultório e ela não queria sair de jeito nenhum, não aceitou. E aí um dado momento a gente viu que não ia conseguir tirar ela só conversando, então a gente se aproximou dela para segurar ela, onde ela desferiu a mordida também no meu braço. Foi a segunda mordida que eu ganhei aqui. Já tinha ganhado uma há uns anos atrás e foi uma mordida bem feia. Mas conseguimos tirar ela. Até achei que era o estrago tinha sido maior, mas felizmente, causou muita dor, mas não não passou disso. Não teve perda de tecido, mas ficou uma marca bonita também (risos). Bem, foi isso, assim.</i></p> <p>15- <i>Outro episódio é... também que eu achei bastante agressivo, foi com um paciente (...), esse foi mais recente aqui no (...). Ele vem com a mãe do bairro dele e ele bastante agitado, até visivelmente delirante. Dentro do ônibus ele brigou com alguns passageiros, agrediu, estava agredindo a mãe e a mãe conseguiu trazer ele para cá. Chegando aqui o (...) estava cheio, ele... eu me encontrava no acolhimento, eu pedi que ele aguardasse, mas ele entrou para dentro do serviço. Como estava muito cheio, muito lotado eu alertei o plantão né, porque assim podia fazer abordagem dele. Ele abordou um paciente dentro do pátio paciente de nome (...) e... e começou a hostilizar esse paciente que esse paciente que já estava mais bem estabilizado, tava na PD. Ele se retirou do local foi para recepção e esse rapaz foi atrás dele, o (...). E ele começou a hostilizar mais ainda o (...). O (...) então optou por sair ficou na porta, na portaria. O (...) foi atrás e aí ele fez sinal para mim "o rapaz tá querendo briga comigo, aqui é briga agora?". Quando ele fechou a boca (...) começou a desferir vários socos nele, com bastante agressividade. Pelo</i></p>	<p>27- <i>P 10 considera que gostar de cuidar do paciente psiquiátrico é fundamental para atuar e ser bem sucedido na área.</i></p> <p>28- <i>P10 descreve que sua primeira atitude diante do comportamento conflituoso é identificar se o paciente direciona sua hostilidade a alguém específico, seja profissional, ou familiar. Acredita que o alvo de tal hostilidade não deve ser o responsável por abordá-lo, devendo se afastar.</i></p> <p>29- <i>P10 acredita que a presença de um indivíduo para o qual o paciente direciona sua hostilidade o provoca ainda mais. Afirma que quando percebe que é o alvo dessa hostilidade se afasta, ficando atento apenas caso a equipe necessite.</i></p> <p>30- <i>P10 afirma não mais sentir medo. Lembra que no início ficava assustado, mas que a experiência, o trabalho em equipe e a perspectiva de melhora do paciente lhe dão confiança. Conclui que hoje trabalha em paz na saúde mental. Confessa que ainda está aprendendo.</i></p> <p>31- <i>P10 resume sua atuação em entender a natureza do que está ocorrendo, tendo consciência de que vai passar; ficar atento e se afastar caso seja alvo da hostilidade, ficando próximo caso a equipe necessite.</i></p> <p>32- <i>P10 aprendeu muito em uma instituição que trabalhou anteriormente. Percepciona que aprendeu que diante de um comportamento agressivo não deve confrontar ou ironizar. Considera que toda equipe deve ter tal postura.</i></p> <p>33- <i>P10 constata que os profissionais que ficam mais próximos dos pacientes, em especial os do sexo masculino, tem uma postura mais rígida. Mas é preciso interagir com o paciente, se mostrar solícito a seus pedidos, oferecer cuidados para além dos básicos.</i></p> <p>34- <i>P10 ao descrever sua abordagem afirma primeiro tentar um contato verbal, pautado na gentileza, mantendo distância e chamando o paciente pelo nome, e solicitando permissão para lhe dirigir a palavra. Percebendo que a agitação persiste, aciona o restante da equipe.</i></p> <p>35- <i>P10 constata que se a partir de uma primeira abordagem o paciente pode se tranquilizar, aceita uma medicação e atendimento ou escalar ainda mais sua agressividade. Momento em que a equipe deve estar preparada para a contenção.</i></p> <p>36- <i>P10 conclui que existe um sequência de ações que se inicia com a observação atenta, passando pela abordagem verbal, e caso siga uma escalada do comportamento a contenção física e medicamentosa.</i></p>
--	---

<p><i>menos três socos atingiram a cabeça dele. Nesse momento eu tive que me deslocar onde estava, para imobilizar ele, conseguir trazer ele para dentro do pátio. A equipe entrou junto me ajudou a segurar, levamos ele para o leito, fizemos a contenção dele./</i></p> <p><i>16 Esse caso eu chamo mais atenção para ele por causa das ameaças dele. Visivelmente ele não tava bem, mas fazendo ameaça de cunho até mais pessoal falando que atacar a família, que isso não ia ficar barato, que essa contenção não ia ficar assim. Que era pra soltar ele porque se não ele ia chamar é... alguns conhecidos dele que é ligado ao crime. Ele morador de uma região mais de risco né, e não sei se ele tem envolvimento realmente, ou tinha né? Envolvimento aquela época com esse tipo de indivíduo. Mas o fato é que as ameaças dele foram bem firmes mesmo, e ele não foi descontido até nosso plantão terminar./</i></p> <p><i>17- E esse moço depois de uma abordagem do plantão ele aparentemente apaziguou e assim que ele foi liberado a contenção. E foi encaminhado ao banheiro que tá precisando de usar, foi oferecido jantar. Ele sentou um pouco no pátio se dirigiu a portaria, e... onde ele veio a desferir um chute na porta, na placa. Ele conseguiu quebrar a placa com um chute só, e ele evadiu por esse buraco que ele fez. Ou seja, abriu um buraco na porta e evadiu. Foi para casa, e em casa, e segundo relato dos familiares ele chegou agrediu a mãe novamente, bateu muito na mãe. É uma senhora já com mais de 65 anos, na verdade mais de 70 anos. E aí depois disso os familiares interviram. Trouxeram ele alguns dias depois. Não sei que abordagem que eles fizeram lá. Ele voltou, dois dias depois sumiu também./</i></p> <p><i>18- Hoje curiosamente hoje ele veio ao serviço, parecia está muito bem. Não tava aquele comportamento assim, agressivo como estava alguns... dois meses atrás não. Aí não sei se ele... ao tratamento aqui ele não aderiu. Não sei o que foi feito se levaram ele para algum outro lugar. Mas o fato é que na época ele tava bastante, bastante agressivo e realmente assim uma postura bem violenta mesmo. Dos mais marcantes foram esses mesmo né.</i></p> <p><i>19- Na sua concepção, o que você acredita que desencadeia esse tipo de comportamento?</i> <i>Primeiramente realmente é a crise mesmo né, é... porque os vários, vários tipos de transtornos, cada paciente tem uma reação diferente né. Alguns ficam mais agressivos</i></p>	<p><i>37- P10 considera negligente restringir fisicamente um paciente no leito e não medicá-lo, considerando que passar pelo procedimento é algo ruim.</i></p> <p><i>38- P10 não se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria. Tem ciência de que é um ambiente onde coisas imprevisíveis acontecem, que não pode relaxar.</i></p> <p><i>39- P10 cita que atua na saúde mental há alguns anos, e hoje se sente em paz, não tem medo, tensão ou hostilidade, mesmo diante da instabilidade dos acontecimentos do serviço.</i></p> <p><i>40- P10 diz ser solidário a equipe da mesma forma é procurar ser solidário aos pacientes. Explica que é preciso ter total dedicação nas abordagens, mas que acidentes podem acontecer. Ressalta a importância do trabalho em equipe para o sucesso.</i></p> <p><i>41- P10 evita fazer juízo da conduta de outros plantões por considerar que somente elas viveram a singularidade daquele momentos.</i></p> <p><i>42- P10 teoriza que a maior parte das abordagens são efetivas. Coloca que variáveis como a condição do paciente, a estrutura do serviço e a maturidade da equipe influenciam no sucesso do procedimento.</i></p> <p><i>43- P10 Conclui que é preciso ser solidário a equipe e com o paciente. É preciso ter um entendimento que ele não deve ser visto de maneira pejorativa, mas como alguém está no serviço para se tratar.</i></p>
---	---

verbalmente, outros fisicamente. Mesmo porque tem uma questão do delírio também né, auditivo, visual né. Conflitos também familiares né, por causa dessa crise se aumenta o conflito né. Não consegue entender que naquele momento as pessoas estão tentando ajudar ele. E alguns ficam mais aflorados na questão da violência né. Então, eu acho que fica muito mais fácil acontecer isso./

20- Eu acho que cabe assim a equipe de um modo geral ter essa sensibilidade, mesmo. Mas ao mesmo tempo tá preparada, porque como ele tá fora de si, não tá no seu, sua crítica normal, seu juízo, ele pode... a gente tem que considerar que ele pode ser capaz de qualquer tipo de agressividade mais intensa mesmo né./

21- Então acho que uma coisa que eu aprendi na saúde mental é que a observação, ela é fundamental. Não é porque o ambiente está tranquilo dentro de um (...) ou dentro do hospital, de uma ala... você chegou, tá tranquilo! Não é porque tá tranquilo ou urgência psiquiátrica, aparentemente tranquila que não vai ocorrer episódios. Eu até costumo falar que quando tá tudo muito tranquilo pode abrir o olho, porque com certeza alguma coisa acontece, é que quando tá tudo, aquele ambiente mais agitado, aqueles gritos, aquela falazada, aquela troca de ameaças você fica mais alerta, a equipe fica mais alerta. Mas quando tá tudo tranquilo todo mundo abaixa a guarda, ninguém espera que aconteça, então assim eu acho que é justamente o comportamento oposto que aquela equipe tem que ter. Tá tranquilo demais, fica mais atento, não baixa a guarda não, porque justamente nesses episódios aí que, nesses momentos é que costuma ter uma agitação, uma tentativa de autoextermínio né/

22- Às vezes o paciente chega, percebe... tá com aquela ideação, percebe que o ambiente tá tranquilo, tá fácil pra ele partir pro ato, vai e comete. Então assim, eu acho que a equipe como um todo tem que está muito alerta, principalmente quando o ambiente fica assim.

23- Quais sentimentos essas abordagens te despertaram?

Olha é... o primeiro sentimento mesmo é o de... o do Cuidado mesmo. Essa atenção que a gente tem que ter para cuidar né. Esse cuidado, ele é muito amplo. Ele tanto no sentido de você observar para você prever uma agitação. Um... né, uma hostilidade ali, e tentar conduzir a situação da melhor maneira possível né.

Inicialmente quando a gente tem esses contato com essas situações mais hostis, a gente costuma é... normalmente tem medo, que é normal né, e pensar se aquilo ali mesmo que a gente quer./

24- Eu acho que um momento que a gente tem que refletir muito, porque eu acho que para tá trabalhando, seja num (...), num CAPS, seja em um Hospital a gente tem que gostar do público da saúde mental. Então assim é... eu sugiro às pessoas que, quem tá chegando né, ter essa... fazer essa autoanálise mesmo, quem tá começando, iniciando. Para perceber mesmo se gosta de trabalhar com esse público, por que pra tá aqui, não é... não pode ser qualquer pessoa./

25- Não é... digamos assim as pessoas que diz "ah nós somos normais, a gente não é...", as pessoas falam "nós não somos doidos não". Mas assim, é um povo que quando entra num ambiente desse o povo... cabelo arrepiado, o povo fica apavorado. E tem um diferencial de quem gosta trabalhar, pessoa entra fica tranquilo, fica normal, né./

27- Então assim é, eu acho que é uma coisa que liga a outra. O gostar de cuidar desse público, o gostar de lidar com esse público é fundamental, faz a diferença toda. Pra gente ter sucesso, conseguir trabalhar e cuidar desse público.

28- Qual é a sua atitude diante desse comportamento?

De agressividade? Olha eu faço, eu faço o seguinte. É... algumas... tem situações que o paciente, ele fica mais persecutório com outro colega, com outro companheiro de equipe ou mesmo com a família né, devido aquele momento que ele tá. É... eu acho o seguinte, e quanto... a equipe tem que perceber com quem que ele tá mais persecutório. É com o médico? É com a enfermagem? É com a família? Acho que quem tá de fora e ele não tá com aquele foco sendo mais persecutório, quem tá de fora consegue manejar melhor. E quem tá sendo o alvo daquele, daquele momento dele está persecutório com profissional com a família precisa se afastar./

29- Então assim, se eu percebo que o paciente está persecutório comigo eu recuo eu não fico na frente dele. Ele vai ficar mais provocado, ele vai sentir mais provocado, a minha presença ali não vai ajudar ele né. A minha abordagem não vai ajudar ele, porque ele tava

persecutório comigo por alguma razão eu represento para ele alguma coisa que, que é o mal para ele sei lá (risos) é o demo, vai saber né (risos), mas no meu sentimento é esse. Eu percebi hostilidade, que o paciente ficou mais persecutório aí eu recuo. Fico de longe observando se tiver alguma agitação, lógico, tem que ajudar a equipe./

30- Hoje eu já não tenho mais aquela questão. Quando a gente começa a gente fica assustado, vem até o medo mesmo de acontecer alguma tragédia né, algum acidente né. Porque a medida que a gente vai trabalhando a gente vai ficando mais confiante. Que primeiro a gente não trabalha sozinho e felizmente as crises passam e os pacientes melhoram. Entra em crise de novo, aquela confusão de novo, mas isso é uma coisa certa, aquilo vai passar. Então meu sentimento, eu encontrei paz assim, para tá trabalhando com esse público. Porque eu... lógico que eu tô aprendendo, não sei tudo né. /

31- Mas essa questão de entender a natureza da situação, como que ela ocorre, ela vai e vem, então vai passar. E eu preciso ficar atento, se tiver mais persecutório comigo ficar mais distante observá-lo, mas sem fazer muita interferência, ajudar a equipe quando precisar.

32- Como você avalia sua atuação diante do paciente com comportamento agressivo?

Então é... eu aprendi já no meu primeiro contato com a saúde mental, que foi lá no (...), foi minha escola principal lá, é... eu aprendi a, a ter essa sensibilidade, essa percepção, é... de primeiro, o paciente está mais agressivo? Não torná-lo... não intensificar essa agressividade dele, com palavras, com deboches, é batendo de frente ele... com ele, naquilo que tá falando né. Não ficar conflitando ele.. Então acho que uma coisa que a equipe como um todo precisa ter. A minha atuação é essa, é não ficar conflitando com o paciente. Seja verbalmente, instigando ele a intensificar aquele sentimento dele e o comportamento ficar mais agressivo. Então minha primeira postura é essa, é de não conflitar./

33- Às vezes, principalmente, nós homens quando a gente tá, estamos trabalhando, normalmente a gente tem uma postura mais, digamos assim, principalmente quem é da assistência, você fica numa postura um pouco mais séria. Digamos assim, principalmente que é da assistência, você fica com uma postura um pouco mais séria, um pouco mais soldado ali né. Mas de vez em quando você tem que

desfazer dessa postura, interagir com os pacientes, tentar fazer o contato. Se tiver persecutório você se afasta. Mas tentar fazer um contato né. Na hora dos... por exemplo, na hora dos lanches, por exemplo, do almoço oferecer né, chamar para o lanche. Oferecer um banho na hora que tiver na hora do banho. Às vezes o paciente tá... o tempo está muito quente está aquele calor, sei lá não custa nada ir lá para pegar um copo d'água, oferecer água para ele né. É se colocar à disposição para atender alguma demanda que ele tenha. Às vezes quer fazer contato com paciente... perdão! Com algum familiar. Ou mesmo com o psicólogo ou outro profissional e está com aquela dúvida se a gente não se dispor a fazer essa ponte né, então acho que isso tudo já ajuda aí manejando o paciente e estabilizando ele também, além da... fora o fator medicação né, o tratamento em si./

34- Como você descreveria sua estratégia de abordagem nesses casos?

Ao paciente agressivo né? Primeiro eu tento o contato verbal, sem me aproximar muito. Porque alguns, na sua crise ele vai entender aquela aproximação física por a mão por exemplo para alguns, aquilo é uma afronta é... do outro mundo né. Então não. Chamo ele pelo nome, é... dependendo de como tiver a exaltação dele, peço conversar com ele. Peço permissão para falar com ele. E se o contato verbal não foi o suficiente para apaziguar ele né, evidentemente que nesse momento eu não vou estar sozinho eu sempre procuro acionar a equipe, os meus colegas de enfermagem, o plantão né. E aquela coisa, eu prefiro trabalhar em cima da observação. Percebi que o paciente está mais inquieto, mais delirante, ficando mais hostil, tem risco de agitar? Aí já comunico o plantão, deixo a equipe mais em alerta. Se ele começar a exaltar tento me aproximar, mantendo uma distância de segurança, tento conversar com ele né./

35- Aí dali a situação toda ela flui. Ou paciente ele vai apaziguar né, vai aceitar em uma medicação extra, vai aceitar abordagem, vai até conseguir falar o que ele está sentindo, ou ele vai agitar de vez né. Então nesse momento, a gente já tá ali pronto para poder fazer a contenção física mesmo, a condução ao leito. Porque quando a gente pensa em contenção a gente tem que pensar o seguinte: você tem que deixar tudo preparado. Tudo bem que tem aqueles momentos, que tem aqueles momentos surpresa né. Que acontece normalmente quando tá tudo muito tranquilo né. Mas tem

aqueles casos também, que tá naquele tumulto todo a pessoa agita, paciente agita, então, o mínimo que você pode ver, se você segue né... consegue aplicar a questão da observação. Você vê que vai agitar, deixa o leito preparado. Alerta equipe, "oh fulano está preste a agitar, vamos deixar o leito crise preparado"./

36- Então assim eu acho que são, são... tem um passo a passo: observação, abordagem né verbal né, ou melhor a observação, alertar a equipe, começou a exaltação abordagem verbal, ou da equipe de enfermagem ou do plantonista ali da equipe de plantão né, e o próximo passo seria se caso não haja um retrocesso aí na, na... na exaltação, piore né, se for o caso é a contenção física mesmo, e química é lógico né.

37- Porque a gente não pode esquecer que não adianta fazer uma contenção física se não tiver uma contenção química aí vira... até pro paciente é ruim, cara ficar vai amarrado sem tomar medicação para dar uma apaziguada, aí é, como se diz, é maldade, é sacanagem, não pode.

38- Você se sente inseguro em relação aos pacientes da psiquiatria?

Não. É lógico assim, se você entrou dentro do ambiente você tem que entender que é um ambiente que pode acontecer tudo, né. Aqui como se diz, não vim para uma casa de massagem, pra relaxar, um sauna ah... Agora estou de boa! Vou tomar cerveja aqui. Não. Ali você tá ali para tratar das pessoas que tem seu transtorno ali, tão sofrendo, tão precisando de ajuda e você tem que estar realmente com a visão pronto pra tudo pode acontecer. Você não não desliga não! Entrei para dentro do (...), do CAPS, do hospital "vou desligar aqui meu sentido Aranha aqui que não vai dar nada". Não, mantém o sentido Aranha ligado, fica tranquilo né. /

39- Com o passar do tempo a gente vai... eu me sinto assim no momento né. Eu comecei na saúde mental no hospital (...) em 2011, repito lá foi uma grande escola para mim. Vim para o (...) em 2014 e hoje eu tenho mais paz e tranquilidade para trabalhar com paciente psiquiátrico do que propriamente dito medo ou tensão, ou é... hostilidade. Pelo contrário, fico em paz. Venho para trabalhar em paz. Sei que é um ambiente que tem seus, seus diversos momentos né. De repente tá uma paz, de repente vira aquela tempestade. Eventos que... como posso dizer? Eventos que vem para

surpreender a gente. Mas eu venho tranquilo, eu venho com coração tranquilo, então eu me sinto em paz, pra trabalhar na saúde mental sim. Muito provavelmente por que eu gosto.

40- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.

Olha eu... Entendi. Eu vejo da seguinte maneira, é... a gente tem que ser, do mesmo jeito que eu tenho que ser solidário com o paciente, eu tenho que ser solidário a equipe. Então assim, a gente sabe que nem toda abordagem, nem toda contenção, por exemplo, ela é 100% segura e 100% sucesso. Pode acontecer algum acidente né, a gente tem que dar o melhor da gente para que não ocorra acidente nem com a gente nem com a equipe. Mas pode acontecer, infelizmente o que é uma coisa imprevista né. Eu, eu procuro ser solidário tanto com o paciente quanto com a equipe. Porque eu acho que assim, especialmente na saúde mental a soma dos esforços, nesse caso da solidariedade também que vai gerar o sucesso né./

41- Eu acho que é, longe de mim querer fazer mau juízo do plantão A do plantão B, da conduta do plantonista fulano ou ciclano né. Foram eles que viveram aquele momento ali né. Aquele momento ali foi ímpar para eles, então assim eu não devo fazer um mau julgamento. Na verdade, tem que ser solidário. Porque do mesmo jeito que eles passaram por um momento difícil numa agitação numa contenção, com certeza eu também vou passar, ninguém escapa disso isso né./

42- Se a gente tem aí, vamos supor que a gente tem... a gente começa a contabilizar as nossas contenções de sucesso. Você pode ter certeza que a gente alcança um margem de... a gente nunca vai alcançar mais de 100% né. Você vai ter um por cento que deu errado. Dependendo das condições vai ter lá três, quatro por cento, cinco, dez por cento. Isso vai depender muito de muita coisa né. E da própria condição do paciente, da própria condição em que a equipe trabalha. Estrutura que tem para trabalhar, a maturidade dos membros né./

43- Então assim é eu prefiro... a minha conduta é ser solidário com a equipe e principalmente com o paciente também. É que ele tá aqui para tratar. Então você tem que ter essa visão mesmo de... ele não é um monstro, ele tá ali pra tratar./

<p>P11</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação? <i>Já. Já sim. Isso a gente, praticamente, tem isso aqui todos os dias né./</i></p> <p><i>2- Agora mesmo nós passamos por um senhor que está aqui, me parece que não sei se é a primeira HN dele, seu (...). Ele foi hostil comigo, porque eu chamei ele pra ser medicado, ele recusou. Recusou mesmo, querendo saber qual é a medicação, e recusou mesmo, não vai tomar a medicação. Ai ele ficou bem hostil comigo, né, que a colega (...) veio pra ajudar na abordagem também, mas sem sucesso./</i></p> <p><i>3- Não conseguimos, isso foi agora mesmo. E... é isso. Já tem vários, já passamos por vários né (...), só que assim esse foi agora recente é que eu vou saber descrever agora pra você. E esse é um paciente que a gente não conhece, ele é querelante, fala muito. Demanda o serviço, o tempo todo demandando. E a gente viu que é um paciente, que, que parece que vai dar um pouco de trabalho pra gente sabe? Agora à noite.</i></p> <p>4- Você disse que queria falar do episódio de autoextermínio. <i>É... esse caso da (...) mexeu muito comigo, porque esses anos todos que eu trabalho aqui, já tem oito anos que eu trabalho aqui, eu nunca presenciei né, um caso assim. E eu trabalho em outro também, eu nunca presenciei./</i></p> <p><i>5- Eu peguei plantão com ela aí ainda, com o corpo dela, sabe, aquilo... Eu não cheguei a ver ela, o corpo, todo mundo viu, mas eu não quis ver. Porque eu acho que, se mexeu comigo sem eu ver, se eu visse ela... Eu vi a família, sabe, muito chocada, então a gente acaba mesmo ficando né... Uma menina nova né, muito nova, a família, a mãe aí muito... assim foi muito triste mesmo. /</i></p> <p><i>7- O que a gente presenciou né, aqui dentro. Os colegas de serviço, a gente chegou, os colegas, todo mundo tomado, chorando muito, nossa gerente né, a (...), todo mundo muito tomado com o que tinha acontecido. E até hoje a gente ainda comenta sobre isso né. É um fato que ficou, e infelizmente por um bom tempo vai continuar aí no serviço né. E é um serviço que eu gosto muito de fazer, gosto muito da saúde mental, aprendi gostar, e essas coisa mexe muito comigo, sabe, mexe muito.</i></p>	<p><i>1- P11 afirma que já atuou na abordagem a pacientes com comportamento conflituoso, ressaltando que é algo diário no serviço</i></p> <p><i>2- P11 cita um caso ocorrido instantes atrás no qual ao chamar um paciente para ser medicado, este ficou hostil. Diz que foi auxiliada por uma colega, mas que não tiveram sucesso.</i></p> <p><i>3- P11 apesar de citar que são vários os episódios, somente consegue se lembrar no momento do que ocorreu a minutos atrás. Diz não conhecer o paciente, mas que em função de sua constante demanda e queixas, conclui que terão dificuldade em manejá-lo durante a noite.</i></p> <p><i>4- P11 pede para falar sobre um episódio de autoextermínio que ocorreu no serviço. Afirma ter ficado emocionalmente abalada com o ocorrido, pelo fato de estar no serviço há oito anos, além de atuar igualmente em outro serviço, e ter sido a primeira vez que presenciou algo parecido.</i></p> <p><i>6- P11 afirma que quando chegou ao serviço o corpo da paciente ainda estava no local, que seus colegas viram o corpo, mas que optou por não ver, temendo por piora de seu estado emocional. Descreve a triste cena, angústia da família, enfatizando a pouca idade da paciente.</i></p> <p><i>7- P11 fala da comoção entre os profissionais do serviço após o suicídio da paciente. Afirma que o ocorrido ainda é objeto de reflexão, e que acredita que ainda será por um bom tempo. Conclui que o abalo emocional que sentiu tem relação com o fato de gostar de atuar no serviço e de ter aprendido a gostar da saúde mental.</i></p> <p><i>8- P11 cita o nome de uma paciente que teria um comportamento mais hostil, mas não detalha um episódio específico.</i></p> <p><i>9- P11 diz não saber explicar ao certo qual sua crença acerca da origem de tal comportamento. Cita apenas que é fruto da crise, do transtorno mental.</i></p> <p><i>10- P11 não direciona sua fala aos sentimentos despertados diante de um paciente com comportamento conflituoso como foi questionado. Opta por falar dos sentimentos em relação aos pacientes psiquiátricos de uma maneira geral. Relata estar próxima de se aposentar e de desejar dar o melhor de si até que isso ocorra. Conta que no demorado trajeto até o serviço pede forças para conseguir auxiliar os pacientes.</i></p> <p><i>11- P11 afirma ter muito apreço pelo que faz, enfatizando que trabalha em dois serviços psiquiátricos. Fala de seu altruísmo, de ter uma real intenção de</i></p>
-------------------	---	---

<p>Você pegou foi o pós atendimento, não chegou a atender a crise não? <i>Não, não. Não cheguei não./</i></p> <p>8- De comportamento mais hostil? <i>Uai a gente tem muito né, aqui, a gente está passando pela (...) que tá aí, (...) que muda muito o quadro do (...), é um paciente./</i></p> <p>9- O que você acha que desencadeia esses comportamentos? <i>Isso é mesmo do, do... Ai (...) eu acho que eu não vou saber te responder. Isso é mesmo da cabeça mesmo, o que eles sentem, o que eles estão... a crise deles mesmo né./</i></p> <p>10- Nesses momentos, quais sentimentos te despertam? <i>Ô (...) falar com você, eu venho nesse... que eu pego o trânsito muito ruim lá de (...) para cá, eu venho muito agradecendo e pedindo muito a Deus, pra que Deus me dê muita força para mim conseguir ajudar eles, sabe. Que eu tô aposentando, então eu quero fazer o meu melhor até eu terminar essa tarefa minha mesmo, sabe?/</i></p> <p><i>11- E eu gosto muito do que eu faço. Você vê que eu tô em dois (...), então eu... eu já... a gente vem mesmo para ajudar. Pelo menos eu não venho só para ganhar um dinheiro, mas eu venho para ajudar mesmo. Porque, eu realmente... eu venho pensando neles./</i></p> <p><i>12- Igual a (...) que tá aí. (...) depende muito da gente, é uma paciente que chegou ruim, e hoje ela tá aí boa, boazinha né. Ainda não tá boa para receber alta, mas ela tá... tudo que ela vai pedir ela pede com amor, com carinho né "ô querida", né. Isso mexe muito com a gente, isso. Eu sempre comento isso lá na minha casa, com meu marido, com minhas filhas sobre isso, sabe. Que é um sentimento mesmo, que eles sentem pela gente, né. Que a gente vê que é. Né! Igual ela mesmo fica me chamando de querida. Tem lá no (...), tem paciente lá que me chama de mãe, de mãezona. Então isso aí mexe muito com a gente né./</i></p> <p>13- Qual é sua atitude diante desse tipo de comportamento? <i>Oh, falar a verdade com você, tem hora que a gente fica meio nervosa mesmo né, querendo até... como é que fala? Quando eles vêm pra cima mesmo. Igual eu já levei um soco no rosto, já quebrou meu óculos, mas a gente tenta né, contornar a situação ali. Tem uns colegas que ajudam muito também. Mas tem hora que a</i></p>	<p><i>cuidar e uma real preocupação com seus pacientes, para além da questão financeira.</i></p> <p><i>12- Cita pelo nome uma paciente em especial, que considera necessitar muito de cuidado. Diz perceber uma melhora parcial na paciente, que responde afetivamente ao cuidado a ela proporcionado. P11 diz compartilhar com sua família o afeto que recebe dos pacientes, e que isso tem impacto em seu emocional.</i></p> <p><i>13- Ao descrever sua atitude diante do comportamento conflituoso, P11 diz que há momentos, em especial quando é agredida, que tem o instinto de responder a agressão, mas que é possível contornar. Cita que os colegas auxiliam nesses momentos.</i></p> <p><i>14- P11 afirma que atualmente se sente melhor em relação a atuar junto ao paciente com comportamento conflituoso. Afirma ter aprendido a lidar com essa situação.</i></p> <p><i>15- P11 afirma que mesmo no início de sua atuação no serviço nunca teve medo, mesmo tendo sido agredida em seu segundo dia no serviço.</i></p> <p><i>16- P11 afirma estar com dificuldade em elaborar sua fala hoje. Conclui que acredita que realmente aprendeu a lidar com o paciente psiquiátrico. Que considera terrível o sofrimento acarretado pelo transtorno mental ao indivíduo.</i></p> <p><i>17- P11 descreve que sua abordagem consiste em dialogar, escutar o paciente, e que aprendeu muito sobre isso no serviço.</i></p> <p><i>18- P11 Constata que em seus 30 anos de atuação na enfermagem, este serviço fora uns dos que melhor avalia. Reafirma que gosta de escutar os pacientes, se sente recompensada de cuidar dos pacientes, por mais simples que seja o cuidado. Conclui que os pacientes necessitam de afeto e escuta.</i></p> <p><i>19- P11 afirma não mais se sentir insegura atuando na psiquiatria. Sua fala sugere que a experiência acumulada ao longo do tempo lhe proporcionaram essa segurança.</i></p> <p><i>20- P11 cita que no outro serviço de saúde mental em que trabalha, chega a ser referência para alguns pacientes. Atribui-se ao fato de trabalhar no plantão noturno o mesmo não ocorrer neste serviço.</i></p> <p><i>21- P11 cita pelo nome uma paciente no qual a referência com ela foi construída ao ponto da paciente somente aceitar seus cuidados, indo ao serviço somente quando por ele acompanhada. Afirma avaliar positivamente esta referência.</i></p>
---	---

gente fica nervosa também né. Querendo até... como é que eu vou falar? Ir para cima mesmo. Mas a gente consegue controlar a situação dos pacientes./

14- Como você avalia sua atuação em relação ao paciente agressivo?

Hoje em dia, vou falar a verdade com você, eu estou me sentido melhor, na atuação assim com eles. Eu acho que eu aprendi a trabalhar, aprendi lidar mesmo com eles, com essa situação, sabe./

15- Porque antes, até, eu nunca tive medo mesmo, quando eu vim pra saúde mental eu nunca tive medo de ser agredida esses negócio. Porque meu segundo dia aqui no (...) eu fui agredida, até uma paciente que até já faleceu, o... não vou lembrar o nome dele, era até muito conhecido aí./

16- E... o que mais? Até esqueci o que eu ia falar (...), hoje eu não estou muito legal não, hoje eu não estou legal. Sim, eu aprendi mesmo, a lidar com eles, lidar mesmo com eles, porque é um sofrimento terrível. Eu falo que é um sofrimento./

17- Como você descreve essa abordagem, porque você acha que é melhor?

Ai meu Deus, como que eu vou descrever isso? Eu gosto muito de conversar sabe (...), gosto muito de ouvir eles, é... eu tenho isso muito comigo de ouvir. Gosto muito de ouvir e eu achei com isso, por isso que eu aprendi muito aqui no (...)/

18- Para mim esse tempo de enfermagem que eu tenho, que eu tô com 30 anos de enfermagem, eu acho que foi um dos melhores lugares que eu trabalhei, sabe? Então eu gosto muito de ouvir eles. De estar abordando eles, sabe? Que assim... conseguir até levar eles pra olhar um dado, só olhar, medicar eles mesmo, sabe? Com carinho né, dando mais atenção para eles, porque eu acho que eles precisam é disso, né. A gente ouvir eles, e a gente conseguir abortar eles bem mesmo./

19- Você se sente insegura em relação aos pacientes da psiquiatria?

Hoje em dia não. Hoje em dia eu acho que eu dou conta, bem assim de... Como é que eu vou te falar? Hoje em dia eu, eu sinto bem segura para tá ajudando mesmo, para mim tá abordando eles, sabe. Eu me sinto bem./

20- Lá no outro (...) mesmo, eu tenho paciente lá, que eles têm uma referência comigo. Até que

22- P11 ao avaliar a atuação de seus colegas, relembra que já foram muitas as ocasiões em que profissionais foram agredidos, se ressentindo por não poder ajudar. Afirma que sua postura nesses casos é tentar ajudar no que for possível.

23- P11 Ressalta a qualidade da equipe desse serviço em especial, concluindo serem diferenciados de outros serviços nos quais trabalha. Atesta sua afirmação com a fala de um enfermeiro que compartilha sua opinião acerca da qualidade da equipe do serviço.

	<p><i>aqui não, porque a gente que trabalha à noite é mais difícil, mas no outro serviço meu, eu tenho pacientes lá que, que se eu for na casa deles... /</i></p> <p><i>Vão dar um exemplo. Tem... ela se chama (...), vou até citar o nome dela, ela se chama (...). Então, toda terça-feira ela tem que ir para o (...) que é PD dela, ela só vai comigo, sabe? Só vai comigo. Ela só toma medicação comigo. O Haldol decanoato só eu que faço, sabe? Isso aí para mim, eu acho bacana isso, eu gosto muito disso, sabe? E tem outros que a gente aborda bem e é isso./</i></p> <p>22- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo.</p> <p><i>É... Como que eu vou falar isso? Porque a gente já teve muitos casos aqui, assim, né. Colega ter... ser agredido e a gente, tem hora, não poder fazer nada, não poder ajudar. Tem colega que está afastado, aí, até hoje. É... eu nem sei te falar isso. Tentar ajudar mesmo na hora, se tiver como ajudar./</i></p> <p>23- Você acha que eles lidam bem com esse comportamento?</p> <p><i>Os nossos colegas aqui muito bons viu (...). A minha equipe, que eu trabalho com ela a noite, pessoal aqui são muito bons, muito bons mesmo. E eu falo que, é diferenciado sabe, os lugares que a gente trabalha, são diferenciados. Tinha um enfermeiro trabalhava aqui ele falou isso mesmo comigo. Que ele falou que, foi um dos lugares melhor que ele trabalhou até hoje. Não vou citar o nome dele não, mas ele trabalha comigo lá. E falou assim: que aqui é um dos melhores lugares da saúde mental que ele já trabalhou, sabe? E é isso./</i></p>	
<p>P12</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação?</p> <p><i>Sim. Ah, num primeiro momento assim é de tensão né, de medo. Depois vem a reação né. Já com a equipe reunida aí a gente toma mais coragem, mas em um primeiro momento é de tensão mesmo./</i></p> <p>2- Consegue lembrar de uma situação, um caso real?</p> <p><i>Vários né, mas assim, que eu tive mais medo, tem que falar o nome? Um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (...), né. Várias... contenções dele assim, eu não tive</i></p>	<p><i>1- P12 confirma que já atuou na abordagem a pacientes com comportamento conflituoso. Ao ser solicitado que descrevesse com detalhes um episódio. Sua primeira fala destaca o sentimento despertado de tensão e medo, seguida de uma ação. Afirma que a presença do restante da equipe lhe proporciona mais coragem para agir.</i></p> <p><i>2- Ao narrar um episódio específico P12 cita o nome de um paciente. Afirma terem sido vários os episódios com este mesmo paciente, e que se sente intimidada pelo mesmo. Diz não ter o ímpeto de ser a primeira a abordá-lo, mas que quando alguém o faz se sente mais à vontade para também se aproximar.</i></p> <p><i>3- P12 afirma que a exuberância do comportamento</i></p>

<p><i>coragem de chegar, abordar primeiro, teve que outra pessoa abordar para mim entrar depois, pelo medo que eu tinha dele./</i></p> <p><i>3- Geralmente ele chegava exaltado, chutando as portas, agressivo. Então isso já me intimidava e intimidava a equipe né. Para chegar nele tinha que ser muita gente reunida./</i></p> <p>4- Que sentimento esse momento te despertou? <i>Medo, a gente tem medo, porque... ainda mais quando é homem né. Homem tem bem mais força do que mulher. Então assim vem o pânico. Ai depois que vem a contenção tudo, que passa aquilo ali, ai, tipo assim, vem aquele refrigério, porque nos primeiros momentos é desesperador./</i></p> <p>5- Qual foi sua atitude diante do comportamento agressivo? <i>Ah, geralmente, quando o paciente está muito violento eu não... não é que eu não tenho atitude, eu tento abordar, conversar, porque tá nervoso tudo. Mas quando eu vejo que o paciente não abaixa, não quer conversa e tudo eu me recuo./</i></p> <p>6- Como você avalia sua atuação em relação ao paciente com comportamento agressivo? <i>Como que eu avalio minha atuação? Ah, assim, eu tento colaborar com a equipe, sabe? No que eu posso. Eu geralmente nunca estou sozinha, nunca. Geralmente só com a equipe, quando a equipe toda já tá junto para abordar, sozinha nunca vou./</i></p> <p>7- Como você descreveria sua estratégia de abordagem desses casos? <i>Com conversa, eu tento, eu tento perguntar o porquê que tá naquela situação, porque que chegou nervoso, porque, o que está causando nele aquilo. Para, tipo assim, tentar entender o paciente também né, porque não tá nervoso à toa, alguma coisa tá passando na cabeça dele. Então vou com abordagem verbal mesmo./</i></p> <p>8- Você se sente insegura em relação ao paciente da psiquiatria? <i>Muito. Eu sim, é lógico que eu trabalho no (...) já tem dois anos, mas assim, eu ainda tenho medo. Pacientes, principalmente pacientes que eu não conheço, pacientes novatos. Agora os que eu conheço assim, que eu já sei qual que vai ser a reação. Eu sou um pouquinho mais segura. Agora paciente novato que chega no (...), eu sou um pouco medrosa./</i></p>	<p><i>agressivo do paciente a amedronta, percebendo a equipe também amedrontada. Em função de tal circunstância acredita que são necessários vários membros da equipe presentes durante a abordagem.</i></p> <p><i>4- P12 afirma que em tais momentos sente medo. Em especial quando se trata de um paciente do sexo masculino, em função de sua força física. Explica que somente após realizada a contenção física do paciente o temor cede, se sentindo mais aliviada.</i></p> <p><i>5- P12 pontua que quando o paciente tem um alto grau de agressividade, apesar de fazer uma abordagem verbal inicial, caso a mesmo não tenha um efeito procura se afastar.</i></p> <p><i>6- P12 ao avaliar sua atuação afirma que colabora com a equipe dentro de suas possibilidades. Afirma nunca fazer tais abordagens sozinha.</i></p> <p><i>7- Ao descrever sua abordagem a este paciente, P12 afirma procurar pelo diálogo na busca por esclarecer as razões do conflito, suas crenças e motivações.</i></p> <p><i>8- P12 se diz muito insegura em relação ao paciente psiquiátrico. Lembra que trabalha no serviço há dois anos, mas que ainda assim tem medo. Afirma que o fato de desconhecer o paciente aumenta sua insegurança. Enquanto que pacientes com os quais já tem uma relação, que conhece suas reações, a deixam mais segura.</i></p> <p><i>9- P12 agradece que no serviço tenham profissionais que considera terem habilidades em abordar os pacientes nessas condições. Citando um profissional em especial como exemplo. Afirma que apesar de existirem diferentes profissionais, de uma maneira geral a atuação dos profissionais do serviço é boa. Conclui que não deve criticar a abordagem de outros profissionais.</i></p>
--	--

	<p>9- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. <i>Ah, assim, graças a Deus aqui no (...) tem pessoas que sabem abordar muito bem, o (...) né. É... então assim, eu acho uma abordagem muito boa, a maioria dos que estão aqui tem uma abordagem boa. Tem uns e outros, mas... eu acho uma boa avaliação não tenho que criticar abordagem de nenhum deles não. Mas alguma coisa?/</i></p>	
<p>P12</p>	<p>1- Você já atuou na abordagem de pacientes agressivos? Descreva tão detalhadamente quanto possível sua experiência nessa situação? <i>Sim. Ah, num primeiro momento assim é de tensão né, de medo. Depois vem a reação né. Já com a equipe reunida aí a gente toma mais coragem, mas em um primeiro momento é de tensão mesmo./</i></p> <p>2- Consegue lembrar de uma situação, um caso real? <i>Vários né, mas assim, que eu tive mais medo, tem que falar o nome? Um paciente que eu já me senti muito intimidado que é o (...), né. Várias... contenções dele assim, eu não tive coragem de chegar, abordar primeiro, teve que outra pessoa abordar para mim entrar depois, pelo medo que eu tinha dele./</i></p> <p>3- Geralmente ele chegava exaltado, chutando as portas, agressivo. Então isso já me intimidava e intimidava a equipe né. Para chegar nele tinha que ser muita gente reunida./</p> <p>4- Que sentimento esse momento te despertou? <i>Medo, a gente tem medo, porque... ainda mais quando é homem né. Homem tem bem mais força do que mulher. Então assim vem o pânico. Aí depois que vem a contenção tudo, que passa aquilo ali, aí, tipo assim, vem aquele refrigério, porque nos primeiros momentos é desesperador./</i></p> <p>5- Qual foi sua atitude diante do comportamento agressivo? <i>Ah, geralmente, quando o paciente está muito violento eu não... não é que eu não tenho atitude, eu tento abordar, conversar, porque tá nervoso tudo. Mas quando eu vejo que o paciente não abaixa, não quer conversa e tudo eu me recuo./</i></p>	<p><i>1- P12 confirma que já atuou na abordagem a pacientes com comportamento conflituoso. Ao ser solicitado que descrevesse com detalhes um episódio. Sua primeira fala destaca o sentimento despertado de tensão e medo, seguida de uma ação. Afirma que a presença do restante da equipe lhe proporciona mais coragem para agir.</i></p> <p><i>2- Ao narrar um episódio específico P12 cita o nome de um paciente. Afirma terem sido vários os episódios com este mesmo paciente, e que se sente intimidada pelo mesmo. Diz não ter o ímpeto de ser a primeira a abordá-lo, mas que quando alguém o faz se sente mais à vontade para também se aproximar.</i></p> <p><i>3- P12 afirma que a exuberância do comportamento agressivo do paciente a amedronta, percebendo a equipe também amedrontada. Em função de tal circunstância acredita que são necessários vários membros da equipe presentes durante a abordagem.</i></p> <p><i>4- P12 afirma que em tais momentos sente medo. Em especial quando se trata de um paciente do sexo masculino, em função de sua força física. Explica que somente após realizada a contenção física do paciente o temor cede, se sentindo mais aliviada.</i></p> <p><i>5- P12 pontua que quando o paciente tem um alto grau de agressividade, apesar de fazer uma abordagem verbal inicial, caso a mesmo não tenha um efeito procura se afastar.</i></p> <p><i>6- P12 ao avaliar sua atuação afirma que colabora com a equipe dentro de suas possibilidades. Afirma nunca fazer tais abordagens sozinha.</i></p> <p><i>7- Ao descrever sua abordagem a este paciente, P12 afirma procurar pelo diálogo na busca por esclarecer as razões do conflito, suas crenças e motivações.</i></p> <p><i>8- P12 se diz muito insegura em relação ao paciente psiquiátrico. Lembra que trabalha no serviço há dois anos, mas que ainda assim tem medo. Afirma que o fato de desconhecer o paciente aumenta sua insegurança. Enquanto que pacientes com os quais já tem uma relação, que conhece suas reações, a deixam mais</i></p>

<p>6- Como você avalia sua atuação em relação ao paciente com comportamento agressivo? <i>Como que eu avalio minha atuação? Ah, assim, eu tento colaborar com a equipe, sabe? No que eu posso. Eu geralmente nunca estou sozinha, nunca. Geralmente só com a equipe, quando a equipe toda já tá junto para abordar, sozinha nunca vou./</i></p> <p>7- Como você descreveria sua estratégia de abordagem desses casos? <i>Com conversa, eu tento, eu tento perguntar o porquê que tá naquela situação, porque que chegou nervoso, porque, o que está causando nele aquilo. Para, tipo assim, tentar entender o paciente também né, porque não tá nervoso à toa, alguma coisa tá passando na cabeça dele. Então vou com abordagem verbal mesmo./</i></p> <p>8- Você se sente insegura em relação ao paciente da psiquiatria? <i>Muito. Eu sim, é lógico que eu trabalho no (...) já tem dois anos, mas assim, eu ainda tenho medo. Pacientes, principalmente pacientes que eu não conheço, pacientes novatos. Agora os que eu conheço assim, que eu já sei qual que vai ser a reação. Eu sou um pouquinho mais segura. Agora paciente novato que chega no (...), eu sou um pouco medrosa./</i></p> <p>9- Diante dessas situações de agressividade e violência como você avalia esse tipo de atuação quando você não faz parte deste grupo. <i>Ah, assim, graças a Deus aqui no (...) tem pessoas que sabem abordar muito bem, o (...) né. É... então assim, eu acho uma abordagem muito boa, a maioria dos que estão aqui tem uma abordagem boa. Tem uns e outros, mas... eu acho uma boa avaliação não tenho que criticar abordagem de nenhum deles não. Mas alguma coisa?/</i></p>	<p>segura.</p> <p>9- P12 agradece que no serviço tenham profissionais que considera terem habilidades em abordar os pacientes nessas condições. Citando um profissional em especial como exemplo. Afirma que apesar de existirem diferentes profissionais, de uma maneira geral a atuação dos profissionais do serviço é boa. Conclui que não deve criticar a abordagem de outros profissionais.</p>
--	--

ANEXOS

ANEXO A – Termo de anuência institucional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “Coerção, comportamento ameaçador e violento na crise psiquiátrica, contexto e atuação na visão de pacientes e profissionais”, sob a responsabilidade do pesquisador Edson André Pereira Hilário, CPF 036.574.456-22, cujo objetivo é “avaliar o contexto da crise psiquiátrica quando manifesta com comportamento ameaçador e violento por parte do paciente na perspectiva dos usuários e profissionais do cuidado” e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 14 de outubro de 2021


Fábio Benigno A. B. Cavalcante - BM 116291-6
Gerente Adjunto da Rede de Saúde Mental
GRSAM DAS/SMSA/SUS-BH

Fernando Siqueira - BM 62192-X
Gerente da Rede de Saúde Mental - GRSAM
DIAS-SMSA-SUS-BH

Fernando de Siqueira Ribeiro
Gerência de Rede da Saúde Mental
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA


Cláudia Fidelis Barcaro BM 114330-6
Assessoria de Educação em Saúde
SMSA-SUS-BH

Cláudia Fidelis Barcaro
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO B – Parecer Consubstanciado – CEP/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coerção, comportamento ameaçador e violento na crise psiquiátrica, contexto e atuação na visão de pacientes e profissionais

Pesquisador: Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56902422.1.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.379.817

Apresentação do Projeto:

O projeto é de um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica, que busca compreender as vivências de usuários e profissionais diante crise em saúde mental com violência manifesta. O projeto procura afastar uma visão estereotipada da loucura, pautada na agressividade e na violência, buscando uma melhor compreensão desse comportamento, que pode ser na maioria das vezes apenas uma forma de apresentação da angústia, da insegurança, da perplexidade, do medo e da insatisfação. No entanto, o contato com o comportamento agressivo desencadeia nos profissionais medo, ansiedade, expectativa, ressentimento. O cuidado prestado ao paciente depende da forma como este é concebido, ao se colocar na defensiva o temor em relação ao desfecho do atendimento alimenta a ideia da coerção como a melhor alternativa de manejo. A maneira como os profissionais representam a agressividade manifesta, seus valores morais, sua apropriação das teorias de manejo de crise, influenciam sua atitude diante do paciente. Dessa forma, o projeto irá fazer coleta de dados nos CERSAMS da cidade de Belo Horizonte por meio de entrevistas com usuários que tenham histórico de crise com presença do comportamento que se deseja analisar, bem como com os profissionais que o assistiram naquele momento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primario:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 4 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer. 5.379.817

Avaliar o contexto da crise psiquiátrica quando manifesta com comportamento ameaçador e violento por parte do paciente na perspectiva dos usuários e profissionais do cuidado.

Objetivo Secundário:

Analisar crenças e atitudes em relação a crise psiquiátrica manifesta com comportamento ameaçador.

Compreender como se dá a interação entre equipe e usuário no momento da crise.

Analisar a condução da abordagem e os impactos desta na continuidade do tratamento. Compreender como se dá a interação entre equipe e usuário no momento da crise.

Analisar a condução da abordagem e os impactos desta na continuidade do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco pequeno, pois, a entrevista pode gerar algum desconforto relacionado a invasão de privacidade e também medo de divulgar o nome. Além de desconfortos advindos de lembranças desagradáveis ou qualquer alteração ao estado de espírito do sujeito.

Benefícios:

Dentre os benefícios relacionados está possibilitar a ampliação do conhecimento sobre o manejo da crise psiquiátrica. A introdução da perspectiva do usuário busca capturar a opinião ignorada constantemente nos estudos sobre o tema, normalmente focados nas opiniões de profissionais, não abordando as vivências do principal ator envolvido na cena. Percepção e opinião essa, que tem contribuição essencial na construção de novas formas de se atuar em tais situações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto consistente, com excelente embasamento teórico e com perspectiva de retorno positivo à comunidade.

Precisa de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta:

- folha de rosto assinada;
- projeto original;
- parecer de aprovação do projeto na unidade acadêmica;
- TCLE para profissionais da saúde e para pacientes;

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2º Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.379.817

- roteiro semi-estruturado das entrevistas;
- termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de BH para realização da pesquisa nas unidades de saúde do município.

Recomendações:

Inserir no TCLE:

- 1 - informação sobre direito à indenização pelo pesquisador caso o participante se sinta prejudicado em virtude de sua participação na pesquisa;
- 2 - campos para assinatura do participante e do pesquisador em todas as páginas;
- 3 - informar o tempo aproximado de duração da entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi encontrado óbice ético na apreciação do protocolo e a pesquisa está aprovada, contudo, há a necessidade das adequações do campo da recomendação, que devem ser incorporadas imediatamente no protocolo da pesquisa, antes de iniciar a pesquisa, sem a necessidade de submeter novamente na Plataforma Brasil. Apenas, atentar-se para quando houver próxima emenda, colocar os documentos atualizados corrigidos na Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de concordância	troca.pdf	17/03/2022 16:36:41	Rangell Figueiredo de Oliveira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	solicitacao.pdf	17/03/2022 16:19:18	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2ª Sala 2005 2º Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.379.817

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1787144.pdf	17/03/2022 16:17:35		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAI.pdf	16/03/2022 14:21:43	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Outros	pARECERASSEMBLEIA.pdf	16/03/2022 14:20:41	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto coersaocamara aprovado.pdf	15/03/2022 23:49:31	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO ASSINADA.pdf	15/03/2022 23:42:16	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Outros	roteiro entrevista.docx	26/10/2021 13:42:01	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto integra.docx	26/10/2021 13:36:34	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2021 13:36:19	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

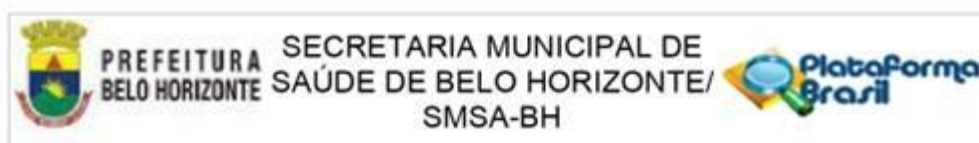
Não

BELO HORIZONTE, 30 de Abril de 2022

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – Parecer Consubstanciado – CEP-SMS/PBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Coerção, comportamento ameaçador e violento na crise psiquiátrica, contexto e atuação na visão de pacientes e profissionais

Pesquisador: Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56902422.1.3002.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.611.848

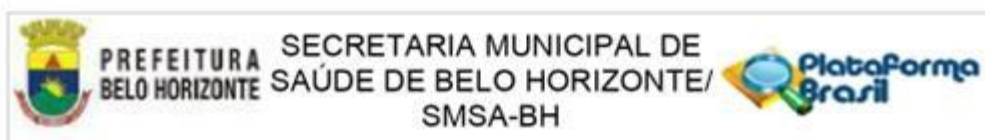
Apresentação do Projeto:

O comportamento violento no contexto da crise em saúde mental não é raro, porém se mostra um velado e pouco debatido obstáculo a uma efetiva implantação da reforma psiquiátrica. É necessário se afastar de uma visão estereotipada da loucura, pautada na agressividade e na violência, buscando uma melhor compreensão desse comportamento na maioria das vezes apenas uma forma de apresentação da angústia, da insegurança,

da perplexidade, do medo e da insatisfação. O manejo de tal comportamento exige do profissional habilidades para uma rápida tomada de decisão, empatia, honestidade, livre de julgamento e preconceitos. No entanto, o contato com o comportamento agressivo desencadeia nos profissionais medo, ansiedade, expectativa, ressentimento. O cuidado prestado ao paciente depende da forma como este é concebido, ao se colocar na defensiva o temor em relação ao desfecho do atendimento alimenta a ideia da coerção como a melhor alternativa de manejo. A maneira como os profissionais representam a agressividade manifesta, seus valores morais, sua apropriação das teorias de manejo de crise, influenciam sua atitude diante do paciente. A busca por relacionar essa práxis, entendida como ato individual e de grupo diante da crise, a intenção desses sujeitos é essencial na busca pela compreensão dessa práxis. Diante de tal necessidade o presente estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica busca

compreender as vivências de usuários e profissionais diante a crise com violência manifesta. Após assinatura do TCLE, a coleta de dados se dará nos CERSAMS da cidade de Belo Horizonte por meio

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

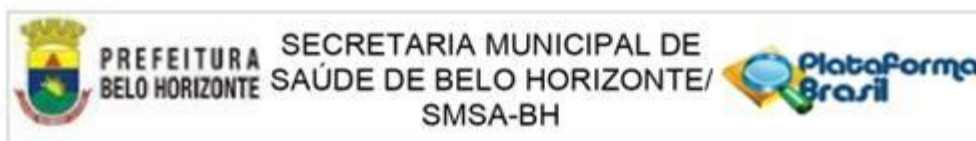
O comportamento violento no contexto da crise em saúde mental não é raro, porém se mostra um velado e pouco debatido obstáculo a uma efetiva implantação da reforma psiquiátrica. É necessário se afastar de uma visão estereotipada da loucura, pautada na agressividade e na violência, buscando uma melhor compreensão desse comportamento na maioria das vezes apenas uma forma de apresentação da angústia, da insegurança, da perplexidade, do medo e da insatisfação. O manejo de tal comportamento exige do profissional habilidades para uma rápida tomada de decisão, empatia, honestidade, livre de julgamento e preconceitos. No entanto, o contato com o comportamento agressivo desencadeia nos profissionais medo, ansiedade, expectativa, ressentimento. O cuidado prestado ao paciente depende da forma como este é concebido, ao se colocar na defensiva o temor em relação ao desfecho do atendimento alimenta a ideia da coerção como

a melhor alternativa de manejo. A maneira como os profissionais representam a agressividade manifesta, seus valores morais, sua apropriação das teorias de manejo de crise, influenciam sua atitude diante do paciente. A busca por relacionar essa práxis, entendida como ato individual e de grupo diante da crise, a intenção desses sujeitos é essencial na busca pela compreensão dessa práxis. Diante de tal necessidade o presente estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica busca compreender as vivências de usuários e profissionais diante a crise com violência manifesta. Após assinatura do TCLE, a coleta de dados se dará nos CERSAMS da cidade de Belo Horizonte por meioO comportamento violento no contexto da crise em saúde mental não é raro, porém se mostra um velado e pouco debatido obstáculo a uma efetiva implantação da reforma psiquiátrica. É necessário se afastar de uma visão estereotipada da loucura, pautada na agressividade e na violência, buscando uma melhor compreensão desse comportamento na maioria das vezes apenas uma forma de apresentação da angústia, da insegurança, da perplexidade, do medo e da insatisfação. O manejo de tal comportamento exige do profissional habilidades para uma rápida tomada de decisão, empatia, honestidade, livre de julgamento e preconceitos.

No entanto, o contato com o comportamento agressivo desencadeia nos profissionais medo, ansiedade, expectativa, ressentimento. O cuidado prestado ao paciente depende da forma como este é concebido, ao se colocar na defensiva o temor em relação ao desfecho do atendimento alimenta a ideia da coerção como a melhor alternativa de manejo. A maneira como os profissionais representam a agressividade manifesta,

seus valores morais, sua apropriação das teorias de manejo de crise, influenciam sua atitude diante do paciente. A busca por relacionar essa práxis, entendida como ato individual e de grupo diante da crise, a intenção desses sujeitos é essencial na busca pela compreensão dessa práxis.

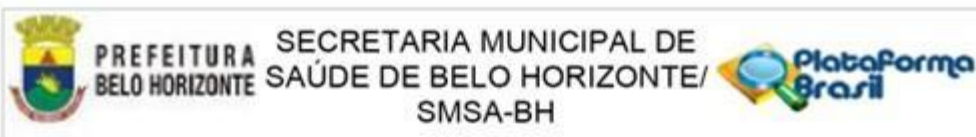
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

Diante de tal necessidade o presente estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica busca compreender as vivências de usuários e profissionais diante a crise com violência manifesta. Após assinatura do TCLE, a coleta de dados se dará nos CERSAMS da cidade de Belo Horizonte por meio de entrevistas com usuários que tenham histórico de crise com presença do comportamento que se deseja analisar, bem como com os profissionais que o assistiram naquele momento. Apesar de ser uma política ainda em construção, as conquistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira são incontestáveis. A ampla rede territorial instalada, a rotineira implantação do modelo de equipes de referência como dispositivo básico de atenção, o fechamento de incontáveis leitos psiquiátricos asilares, o acolhimento de pacientes com longo histórico de internação em serviços residenciais terapêuticos, entre outros, atestam a efetividade da política assistencial ao portador de sofrimento mental no atual âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, um dos grandes entraves à superação da lógica assistencial da psiquiatria tradicional se apresenta na atenção à crise psiquiátrica, quando esta tem uma apresentação mais exuberante com o paciente apresentando, em função de seu sofrimento, comportamento ameaçador e violento. Como um movimento que combate o modo de funcionamento do Hospício e da psiquiatria tradicional, com norte na liberdade, no cuidado integral e promotor de cidadania, a atual rede de atenção em saúde mental deve-se questionar se tais preceitos se fazem presentes durante a atenção à crise, uma vez que nesses contextos de atuação as chamadas práticas manicomial não são incomuns, com a utilização frequente condutas coercivas, pautadas apenas na contenção física e medicalização do sujeito em crise. Ainda na graduação sempre me intrigou o porquê de uma atuação no mínimo condenável por parte dos profissionais da área durante toda a história da psiquiatria. Indagava-me o porquê de princípios tão distorcidos de um cuidado que naquele momento de aprendizado, tanto me despertava interesse. Quando graduei meu interesse em atuar na psiquiatria passava necessariamente pelo desejo de fazer diferente daquilo que até então eu conhecia como processo de trabalho na enfermagem psiquiátrica. Após exatos cinco anos de atuação em um serviço aberto e comunitário no interior de Minas Gerais, iniciei uma segunda etapa de minha vida profissional, agora em um serviço psiquiátrico hospitalar com urgência e internação de curto e médio prazo. Neste novo campo de atuação me deparei com profissionais que apesar de se esforçarem para abandonar seus conceitos historicamente constituídos de atuação, na prática se mostravam ainda distantes das teorias atuais que deveriam nortear o cuidado, mantendo uma atuação pautada no paradigma de uma profissão voltada para controle e punição de comportamentos disfuncionais.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@bth.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

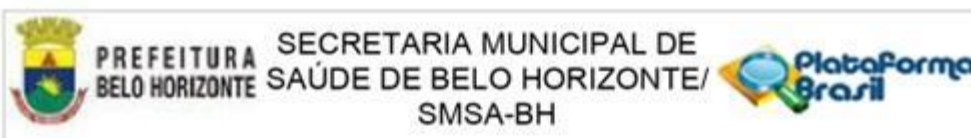
postura que se evidencia ainda mais diante de violentos por parte do paciente. Hoje novamente atuando em um serviço aberto e territorial, de funcionamento 24 horas, desta vez na Capital do Estado, diante de crises psiquiátricas quando estas têm apresentações com presença de agitação psicomotora, ideação de autoextermínio e comportamento hostil e violento é notória a dificuldade de atuação dos profissionais em ambos os cenários. De todos os desafios que encontrei no cotidiano de atuação, o cuidado ao paciente psiquiátrico com comportamento ameaçador e violento se mostrou o maior deles. Abordagens e condutas mal planejadas, conduzidas e implementadas, independente do cenário, são constantes, levando a consequências desastrosas para profissionais e pacientes. Danos

físicos e psicológicos, afastamentos, ansiedade, crises antecipatórias, falência do projeto terapêutico no médio e longo prazo, conflitos com a equipe são exemplos das consequências de um cuidado mal executado. Diante desse contexto questiona-se: Qual a reação dos profissionais diante do comportamento violento de pacientes psiquiátricos; como é a interação/abordagem com esse paciente; qual a atitude/comportamento

diante desse comportamento; quais fatores inerentes aos profissionais influenciam como tal abordagem acontece. Metodologia Proposta: Na busca pelas vivências dos sujeitos envolvidos no contexto da crise psiquiátrica com presença de comportamento ameaçador e violento, optou-se por um estudo de abordagem fenomenológica, partindo-se do pressuposto de que na fenomenologia qualquer fenômeno pode ser investigado apenas com a condição de ter sido vivenciado pelo sujeito e anunciado ao pesquisador (BRANCO, 2014). Para a fenomenologia os fenômenos não existem por si só, dependem de uma dimensão subjetiva que se direciona para eles (BRANCO, 2014). Parte-se de uma interrogação muito clara, sobre a qual não se tem nenhuma hipótese sobre a resposta, na busca por se compreender o que se interroga. A fenomenologia não trabalha com

conclusões anteriores, o norte é a interrogação formulada, não se buscando alicerce em fundamentos para analisar, compreender e interpretar (HENRIQUES, 2014). A mudança de um método filosófico que buscava demonstrar subjetiva do pensador, para um método empírico de pesquisa foi se constituiu um problema, que encontrou amparo nos trabalhos de Giorgi que delimitou as etapas da método fenomenológico empírico, um método de rigor para analisar a experiência consciente (BRANCO, 2014). Em um primeiro momento acontece a suspensão fenomenológica (Epoché), na busca pela compreensão da vivência do sujeito da pesquisa sem a presença do histórico pessoal do pesquisador, hipóteses e teorias ficam em suspenso para a livre manifestação do fenômeno (BICUDO, 2011; BRANCO, 2014). Segue a

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coesp@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

descrição anterior a análise, é o relato dos acontecimentos, sem juízo de valor ou explicação. Busca-se uma descrição objetiva e rica em detalhes das vivências, por meio de entrevistas que permitam acesso por meio do discurso a uma experiência única, ao considerar que quem melhor compreende o fenômeno é quem o vivencia ou já o vivenciou. Cabendo ao pesquisador apenas tomar conhecimento disto (BICUDO, 2011; BRANCO, 2014). Em uma terceira etapa, após transcritas as falas colhidas, após nova suspensão fenomenológica dos conhecimentos prévios sobre o fenômeno investigado, busca-se descrever e sintetizar o que é percebido pelo pesquisador. Com a interrogação em mente se retira do relato o que se encaminha na direção de um esclarecimento. Escrito na linguagem do pesquisador da maneira mais clara possível, deixando explícito o que foi falado. Nesse momento é preciso fugir de descrições meramente pragmáticas que não levam à estrutura do fenômeno investigado, ela deve ser uma interpretação hermenêutica na busca por sentido e significado (BICUDO, 2011; BRANCO, 2014). De posse de tais descrições, retorna-se ao material em nova leitura exaustiva o esmiuçando na busca por unidades de significação, sendo essas fruto de um direcionamento dado pelo pesquisador norteado pela interrogação. As unidades de significação são fruto da sensibilidade do pesquisador em encontrar sentidos comuns, identificando ligações, organizadas em linguagem psicológica, sendo essas ligações entre as unidades convergem para

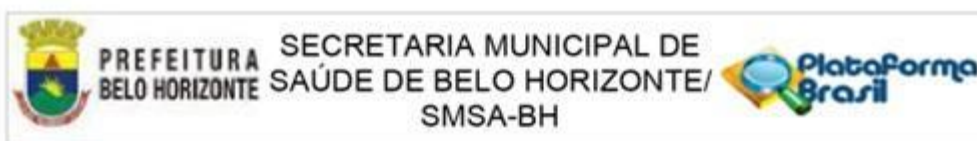
a essencial do fenômeno (BRANCO, 2014; BICUDO, 2011). Por fim, toma-se novamente um posicionamento teórico, encerra-se a suspensão fenomenológica, formulando-se categorias temáticas. Fica evidente a intenção e o direcionamento do pesquisador sobre o fenômeno. Elabora-se uma discussão fundamentada na área de conhecimento da pesquisa teorizando o que foi encontrado em relação a vivência estudada.

Produzindo um diálogo com os autores do tema (HENRIQUES, 2014). Para definição da amostra pretende-se adotar o critério de saturação, com a percepção de repetição das falas determinando que não mais é necessário prosseguir com novas entrevistas, não sendo possível definir um número predeterminado para o tamanho da amostra.

Critério de Inclusão: Os critérios de inclusão para profissionais serão: aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ter atuado na abordagem de pacientes em crise com manifestação de comportamento violento. Para os usuários, os critérios serão: aceitar o convite para participar da pesquisa, compreender e assinar o TCLE, estar no momento da entrevista lúcido, orientado no tempo e espaço.

Hipótese: Acreditamos que a forma como os profissionais representam a agressividade manifesta pelo paciente, seus valores morais, seus conhecimentos em relação às teorias de manejo de crise,

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

influenciam diretamente em sua atitude no momento do atendimento, determinado o estabelecimento de um legítimo cuidado, ou simplesmente gerando mais violência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o contexto da crise psiquiátrica quando manifesta com comportamento ameaçador e violento por parte do paciente na perspectiva dos usuários e profissionais do cuidado.

Objetivos Secundários:

1. Analisar crenças e atitudes em relação a crise psiquiátrica manifesta com comportamento ameaçador.
2. Compreender como se dá a interação entre equipe e usuário no momento da crise.

Analisar a condução da abordagem e os impactos desta na continuidade do tratamento

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

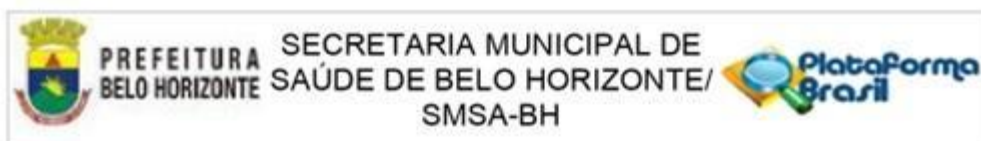
RISCOS:

Seu envolvimento nesta pesquisa consistirá em permitir a coleta de dados. O risco geral é mínimo, pois a entrevista pode gerar algum desconforto relacionado a invasão de sua privacidade e/ou temor com relação a divulgação do seu nome, porém é garantido que todo esforço será feito para manutenção do sigilo da identidade dos voluntários e de suas informações. O TCLE será arquivado em espaço fisicamente separado do espaço onde serão arquivados os questionários. Todas as informações relativas aos voluntários serão identificadas apenas pelo número de registro e apenas a equipe de pesquisadores terá acesso às informações e aos bancos de dados. Algumas questões podem lhe trazer lembranças ruins, se isso acontecer, você poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade. Sua participação neste estudo não implica em nenhum risco físico.

BENEFÍCIOS:

Sua participação não trará nenhum benefício direto para você, mas dentre os benefícios relacionados com a sua participação está o de permitir que esta pesquisa seja desenvolvida, podendo possibilitar uma melhor compreensão do contexto do manejo da crise psiquiátrica, identificando possíveis lacunas na formação dos profissionais, levando a estruturação de futuros programas de educação permanente sobre o tema. A introdução da perspectiva do usuário busca capturar a opinião comumente ignorada nos estudos sobre o tema. Percepção e opinião essa, que tem contribuição essencial na construção de novas formas de se atuar em tais situações.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer. 5.611.848

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante que poderá contribuir para a melhor compreensão acerca da crise psiquiátrica com comportamento ameaçador e violento associado, melhores formas de manejo com redução de riscos para pacientes e profissionais, beneficiando também os serviços no reconhecimento e melhoria dos aspectos relacionados à abordagem ambulatorial em saúde pública, assim como a educação permanente nos serviços de saúde mental e necessidade de políticas públicas mais inclusivas e realizável na prática com celeridade.

Em resposta ao Parecer de Número do Parecer: 5.572.959, segue as pendências apontadas por este CEP em 09 de Agosto de 2022:

- As folhas do TCLE devem ser enumeradas e com as assinaturas em todas as páginas do documento. **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- Atualização do cronograma referente a data da coleta de dados. **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- TCUD protocolado com a devida assinatura dos pesquisadores responsáveis. **PENDÊNCIA ATENDIDA**

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em resposta ao Parecer de Número do Parecer 5.572.959 FORAM ANEXADOS OS SEGUINTE DOCUMENTOS EM 10/08/2022: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1966262.pdf, projetocronogramarevisado.docx, TCLErevisadousuarios.pdf, TCLErevisadoprofissionais.pdf, CartaCEPPBH.docx.

Recomendações:

Não se aplica

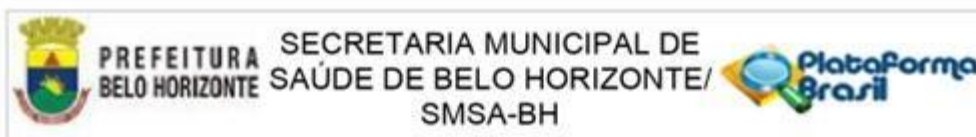
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Coerção, comportamento ameaçador e violento na crise psiquiátrica, contexto e atuação na visão de pacientes e profissionais".

Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@sbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP Coordenador, através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

466/21 III.2 - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências: u) ser descontinuada somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que a aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1966262.pdf	10/08/2022 11:34:54		Aceito
Outros	TCUDassinado.pdf	10/08/2022 11:31:40	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocronogramarevisado.docx	10/08/2022 11:27:29	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Outros	CartaCEPPBH.docx	10/08/2022 11:27:03	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
TCLE / Termos de	TCLerevisadousuarios.pdf	10/08/2022	Amanda Márcia dos	Aceito

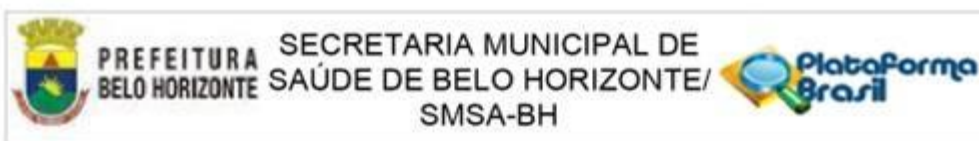
Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisadousuarios.pdf	11:26:19	Santos Reinaldo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisadoprofissionais.pdf	10/08/2022 11:23:54	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	15/07/2022 12:54:39	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisado.docx	15/07/2022 12:52:40	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Outros	TCUD.docx	15/07/2022 12:47:00	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetointegrarevisado.docx	15/07/2022 12:45:59	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	15/07/2022 12:45:36	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Outros	Cartaemenda.pdf	01/06/2022 16:08:48	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
Outros	pARECERASSEMBLEIA.pdf	16/03/2022 14:20:41	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoecoersaocamaraaprovado.pdf	15/03/2022 23:49:31	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Outros	roteiroentrevista.docx	26/10/2021 13:42:01	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetointegra.docx	26/10/2021 13:36:34	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2021 13:36:19	EDSON ANDRE PEREIRA HILARIO	Aceito

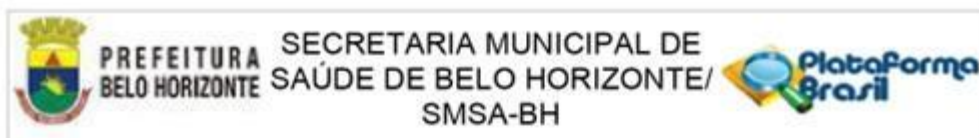
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 5.611.848

BELO HORIZONTE, 29 de Agosto de 2022

Assinado por:
SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br