

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA

**A VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA PRATICADA
POR PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL**

**CURITIBA
2011**

ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA

**A VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA PRATICADA
POR PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª Drª Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA
2011**

Silva, Ângela Gonçalves da

A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental / Ângela Gonçalves da Silva – Curitiba, 2011.

124 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Mariluci Alves Maftum
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Violência.
I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 616.890231

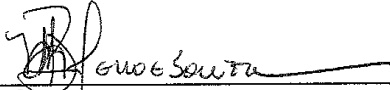
TERMO DE APROVAÇÃO

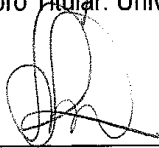
ÂNGELA GONÇALVES DA SILVA

**A VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA PRATICADA
POR PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 
Profª Drª Mariluci Alves Mattum
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná


Profª Drª Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza
Membro Titular: Universidade de São Paulo


Profª Drª Liliansa Maria Labronici
Membro titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 14 de dezembro de 2011.

DEDICATÓRIA

*A **Daniel e Deuza**, meus pais.
Pessoas maravilhosas que me ensinaram as mais belas
lições da vida. Exemplos de humildade, honestidade, força e
perseverança. Pelo carinho e confiança que
sempre depositaram em mim. Por me ensinarem
o valor do conhecimento e a necessidade
de sua busca. Por compreenderem que mesmo distante
estamos juntos e pela alegria a cada conquista que tenho.*

*À **Adélia, Edson e Paulo**, meus queridos irmãos
e verdadeiros entusiastas.
Por seu carinho, cumplicidade, afeto e incentivo
e por sempre reafirmarem que é preciso
“sair da caverna em busca da luz”.*

*À **Célia e Kéli**, minhas “irmãs”, pelo carinho,
amizade e prontidão para
o incentivo nessa caminhada.*

*À **Joana e Renato**, meus queridos sobrinhos,
simplesmente por sua existência e presença.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força, coragem e saúde para o desenvolvimento dessa pesquisa, sobretudo por sua onipresença e proteção aos que amo.

À minha família, pessoas que amo, por compreenderem a necessidade de minha ausência mesmo nos momentos mais importantes.

A Dr^a Mariluci Alves Maftum, minha orientadora, por sua sabedoria, competência, confiança e incentivo para a conclusão dessa pesquisa, sobretudo pela forma humana com que sempre se dirigiu à minha pessoa. A você meu respeito, minha sincera gratidão e profunda admiração.

Ao Doutorando Márcio Roberto Paes, pelos elogios incentivadores e suas valiosas contribuições para o desenvolvimento dessa pesquisa. Que Deus sempre lhe abençoe e esteja contigo.

Às professoras Doutoras Lílíana Maria Labroníci, Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza, Maria Ribeiro Lacerda e Zeyne Alves Pires Scherer, pelo aceite em compor minha banca de sustentação dessa pesquisa.

À Priscila Karina Garcia, pela força, empatia e pela cumplicidade de uma amiga verdadeira. A você todo meu carinho por ser tão presente, mesmo estando longe.

À Aline Reche Mendonça, por sua confiança e amizade. Muito obrigada por me ensinar a me despir de muitos dos meus preconceitos.

À equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, meus colegas de trabalho, Eliane Frizon, Maria Ribeiro, Arivane, Rosalina, Ilma, Sidney Meireles, Éder, Nívea, Christiane, Cláudia Assis, Elaine, Abílio, Lizandra e Sidney Alves. Muito obrigada, vocês são especiais.

Às colegas de mestrado, pela acolhida e ajuda no enfrentamento de dificuldades, cada uma com suas características e competências que ajudaram no meu crescimento pessoal e acadêmico.

À Regina Célia Castanharo e família por sua acolhida, carinho e sinceridade.

*À Andréa Monastier Costa, pessoa sincera, acolhedora e presente.
Muito obrigada por me acompanhar nesse período.*

À Thaíse Liara da Silva, pelo apoio e força na caminhada.

Ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), na pessoa da Prof^a. Dr^a. Maria Ribeiro Lacerda e demais integrantes, pelas contribuições recebidas para a realização desta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF, da Universidade Federal do Paraná pela oportunidade em cursar o mestrado.

À Alcioni, secretária da Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR pela gentileza e dedicação com que sempre me atendeu.

*À Célia Regina e Leonice, pelo apoio, carinho, sinceridade e amizade.
A vocês meu respeito e carinho especial.*

À Solânia Dürman, quem me fez dar os primeiros passos em direção à saúde mental. Muito obrigada.

A todos os não mencionados, mas que de certa forma contribuíram nessa caminhada com incentivos e palavras de apoio, muito obrigada!

À flor da pele e ao fundo da alma - assim é a violência no cotidiano, uma violência que corre sobre todas as superfícies de nossa existência e que uma palavra, um gesto, uma imagem, um grito, uma sombra que seja, capta, sustenta e relança indefinidamente, e que, no entanto, desta espuma dos dias, abre à alma vertiginosos abismos em mergulhos de angústia que nos fazem dizer: 'Sou eu mesmo toda essa violência?'

Roger Dadoun, 1998

RESUMO

SILVA, A.G. **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental.** 124fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011.

A violência tem íntima relação com a história da humanidade, se trata de fenômeno complexo e multifacetado, presente em todas as sociedades e, apresenta-se de diversas maneiras. Histórica e socialmente, foi construída a concepção de que as pessoas com transtorno mental são agressivas e violentas. Nos dias atuais, essa visão ainda persiste no imaginário social, inclusive para alguns profissionais de saúde. Esta pesquisa teve como questão norteadora: *Qual a vivência da equipe de enfermagem, de um Pronto Atendimento, mediante a violência provocada pelo portador de transtorno mental em sua prática profissional?* Para responder a essa questão foram elaborados os objetivos: Descrever a vivência do profissional, na prática da enfermagem, mediante a violência advinda da pessoa com transtorno mental; Analisar a violência sofrida pelo profissional na prática da enfermagem da violência advinda da pessoa com transtorno mental. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, realizada no período de 2010 a 2011, no Pronto Atendimento de um hospital geral de Curitiba, Paraná. Foram sujeitos desta pesquisa 38 profissionais da equipe de enfermagem: 05 enfermeiros, 05 técnicos e 28 auxiliares de enfermagem. Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada, registrada em aparelho digital e analisados de acordo com a Análise de Conteúdo Temático-Categorial. As categorias que emergiram foram: 1) A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem; 2) Sentimentos e atitudes da equipe de enfermagem em face ou não de violência sofrida. Obteve-se que a equipe de enfermagem sofre violência durante o cuidado ao paciente com transtorno mental, contudo em menor escala se comparado a pacientes em geral. Os resultados mostraram que dos 38 sujeitos, somente 05 tiveram vivência de violência cometida pelo paciente com transtorno mental, em toda a sua trajetória de prática na Enfermagem, que foi superior a três anos, chegando a vinte e oito anos. Na realidade estudada, pode-se considerar que a violência provocada por pessoas com transtorno mental é mais inferida do que real e é baseada no mito do indivíduo com transtorno mental como perigoso e violento. Isso porquanto, boa parte dos sujeitos, mesmo sem ter sofrido violência, referiram que sentem medo de prestar cuidado, produzindo discriminação e preconceito contra esse indivíduo. Acredita-se que assim como um mito é socialmente construído, nutrido e socialmente perpetuado, como o de pessoas com transtorno mental como violentas, da mesma forma este pode ser ressignificado. Para tanto, ressalta-se a necessidade do desenvolvimento e da divulgação de novas pesquisas sobre a temática.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Saúde mental. Violência.

ABSTRACT

SILVA, AG. **The experience of nursing staff on violence committed by patients with mental disorders.** 124fls. (Thesis) Master of Nursing. Graduate Program in Nursing. Federal University of Parana, 2011.

Violence has close relation with the history of mankind, it is complex and multifaceted phenomenon, present in all societies, and presents itself in several ways. Historically and socially, was built the idea that people with mental illness are violent and aggressive. Nowadays, this view still persists in the social imaginary, including some health professionals. This research had the guideline question: What is the experience of nursing staff, an emergency department, through violence caused by mental patients in his practice? To answer this question the goals were developed: Describe the experience of the professional practice of nursing through violence coming from the person with mental disorder; to analyze the violence suffered by the professional in the nursing practice in cases of violence coming from the person with mental disorder. It is qualitative and exploratory research conducted in the period 2010 to 2011 in the Emergency Department of a general hospital in Curitiba, Parana. The subjects of this study were 38 professional nursing staff: 05 nurses, 05 technicians and 28 nursing assistants. The data were obtained through a semistructured interview, recorded in digital device and analyzed according to Theme-Categorical Content Analysis. The categories that emerged were: 1) The violence committed by patients with mental disorders to the nursing staff; 2) Feelings and attitudes of nursing staff in front of, or not, the violence suffered. It was found that the nursing staff suffers violence during the treatment of patients with mental disorders, but on a smaller scale compared to patients in general. The results showed that among 38 subjects, only 05 had experience of violence committed by patients with mental illness throughout his career in nursing practice, which was more than three years, reaching twenty-eight years. In the reality studied, it can be consider that the violence caused by people with mental disorder is more implied than real and it is based on the myth of the individual with mental illness as dangerous and violent. This is because, most of the subjects, even without having experienced violence, reported that they are afraid to provide care, producing discrimination and prejudice against this individual. It is believed that as well a myth is socially constructed, socially nurtured and perpetuated, such as people with mental illness as violent, as this can be reframed. To this end, it emphasizes the need of the development and dissemination of new research on the subject.

Keywords: Nursing care. Mental health. Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA1- ESQUEMA GRÁFICO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA ENTRE OS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ESTUDADA.....	46
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, QUE ATUAM NO CUIDADO DIRETO AOS PACIENTES, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL E TURNO DE TRABALHO.....	37
QUADRO 2 -	SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE TRATAM DA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	44
QUADRO 3 -	CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS: QUANTIDADE/PERCENTAGEM DAS UNIDADES DE REGISTRO POR CATEGORIA.....	45

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1	O CONCEITO DE VOLÊNCIA.....	22
2.1.1	Tipologia e classificação da violência	26
2.2	A VIOLÊNCIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	28
2.3	VIOLÊNCIA CONTRA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE.....	31
3	METODOLOGIA	35
3.1	MÉTODO.....	35
3.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
3.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
3.5	OBTENÇÃO DOS DADOS.....	39
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	45
4.2	A VIOLÊNCIA COMETIDA PELO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL À EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	47
4.3	SENTIMENTOS E ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM FACE DA VIOLÊNCIA SOFRIDA PELO PACIENTE.....	78
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICES	114
	ANEXOS	122

1 INTRODUÇÃO

Atribuir a violência como característica da pessoa com transtorno mental remonta aos primórdios da história da humanidade e de tratamento na área da psiquiatria. Porém, é necessário compreender que tal concepção é historicamente construída e, por conseguinte, passível de ser entendida no seu real conceito e significado e, também, desconstruída.

Historicamente, em todas as culturas e em diferenciadas formas, a violência esteve relacionada ao indivíduo com transtorno mental o qual tem sido considerado diferente, indesejado e perigoso para o convívio com outros, tendo, por consequência, sua exclusão social devido ao comportamento manifesto, advindo dos sinais e dos sintomas do transtorno (MONTEIRO, SOUZA, 2004; BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Durante muitos anos, as pessoas com transtorno mental, com a justificativa da característica do “ser indomável e perigoso” que lhes foi atribuída, passaram a ser alvo em potencial de constantes atos de violência, sendo tratadas por meio de práticas disciplinares na conduta férrea da psiquiatria manicomial (PESSOTTI, 1996).

A violência por seu caráter contraditório e múltiplas faces pode sempre ter estado no convívio do ser humano em diferentes maneiras (OMS 2002; GRÜDTNER, 2005; DAHLBERG, KRUG, 2007). De certa forma, tem sido concebida pelos povos de acordo com a cultura em dada época, uma vez que o pensamento formulado pela sociedade sobre aquilo que envolve a existência humana é influenciado por sua cultura e pelos períodos cronológicos em que se vive (LARAIA, 2001; ARANHA; MARTINS, 2008). Portanto, o que em determinada época é considerado ato violento, em outra pode não o ser (CHAUÍ, 2007).

Conceituada como um meio intencional de coagir e forçar alguém a agir de forma contrária a seus interesses e vontades, a violência pode ser física ou psíquica, causando danos físicos, psicológicos e até morte (OMS, 2001; OMS, 2002; CHAUÍ, 2007; DAHLBERG, KRUG, 2007).

A violência pode ocorrer quando um indivíduo não tem suas vontades e desejos satisfeitos, enquanto outros possuem todas as possibilidades de realização desses à sua disposição, ou ainda pela necessidade do ser humano de ser visto e

ouvido (STUART; LARAIA, 2001; CECCARELLI, 2006). Desse modo, ela se configura como alerta ou comunicação de “profundo mal estar civilizatório” (SCHILLING, 2000, p. 60).

Considerada um fenômeno complexo, a violência assume forma própria de acordo com a situação como, por exemplo, em uma relação pessoal, política, cultural, biológica e tantas outras (MINAYO; SOUZA, 1999; OMS, 2002; SACRAMENTO; REZENDE, 2006). Dessa forma, torna-se difícil conceituá-la, pois resulta de interações sociais, envolve política e cultura, que muitas vezes legitimam atos violentos. Destarte, não é possível concebê-la fora do meio em que foi gerada, por ser nutrida por fatos que emanam desse meio (MINAYO; SOUZA, 1998; BUSTAMANTE; MOURA, 2009).

O termo violência é utilizado para se referir a atos praticados contra outra pessoa. A agressividade implica intenção de ferir o outro podendo, ou não, culminar com o ato violento, dependendo dos desfechos que se seguem. Contudo, ressalta-se que a agressão também é uma forma de violência (SADOCK; SADOCK, 2007).

Assim como a violência, a agressividade pode ser constituída de atos físicos ou psíquicos, contra si mesmo ou outrem. Também, tem-se dado importância à agressão psíquica, visto que é passível de provocar efeitos danosos à autoestima de quem a recebe (SADOCK; SADOCK, 2007).

Agressão é um movimento interno impelido para fora em direção a uma pessoa, a um animal ou a um objeto, que seja identificado como adversário, com o intuito de demonstrar poder, situação na qual o agressor demonstra sua autoafirmação (MAY, 1974).

Normalmente, a definição de violência e agressão é compreendida pelas pessoas com significado bastante semelhante, o que faz com que alguns autores as utilizem como sinônimo (OMS, 2002; BARBOSA, 2008; SHIMBO, 2008; ALBUQUERQUE, 2010; FEGADOLI, 2010; RAIMONDO, 2010) e outros façam uma distinção entre tais terminologias (CAMPELO, ARRIBAS, 2010).

Para este trabalho, cujo objeto de estudo é a violência sofrida pela equipe de enfermagem provocada por pacientes com transtorno mental, será utilizado, com maior frequência, o termo violência, por entender que seu conceito é mais abrangente.

Ressalta-se que a cultura tem a função de uma lente, por meio da qual enxergamos o mundo que nos cerca. Essas lentes são utilizadas em todas as

sociedades e, conforme as crenças e os valores, em cada uma delas se pode ver também de modo diferente (LARAIA, 2001). Na cultura é que se acolhem os que nela se enquadram e se excluem do convívio social aqueles que não se encaixam nos padrões estabelecidos. Também, é baseado na cultura que as pessoas se vestem e se comportam, de acordo com cada situação (ARANHA; MARTINS, 2008).

Nesse sentido, estudo realizado com a equipe de enfermagem, em um Pronto Atendimento de um hospital-escola, demonstrou que esses profissionais possuem uma postura conservadora e preconceituosa no concernente à pessoa com transtorno mental. Isso ficou explícito ao afirmarem que, para a segurança desse indivíduo e do profissional, o atendimento a essa clientela deveria ocorrer em local separado dos demais pacientes. Os sujeitos ressaltaram que o Pronto Atendimento, por não possuir portas seguras, pode favorecer a fuga do paciente. Essas atitudes foram inferidas pelos autores como reflexos dos resquícios do modelo manicomial brasileiro voltado à pessoa com transtorno mental (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Considerando que o pensar preconceituoso do indivíduo é influenciado pela sua cultura e reflete diretamente no cotidiano de suas relações sociais e, conseqüentemente, no seu fazer, conforme Campos, Teixeira (2001) e Chauí (2007), acredita-se que os preconceitos da equipe de enfermagem relativos à pessoa com transtorno mental influenciam, direta ou indiretamente, no cuidado que esse indivíduo recebe.

Mesmo que estudos comprovem que a máxima da pessoa com transtorno mental violenta e perigosa seja falha, a história de relação desse indivíduo com a sociedade e de tratamento à sua saúde sempre foi impregnada de preconceito e estigma (CROCHIK, 2006).

O estigma e o preconceito permeiam o processo de socialização do ser humano e fazem com que o rótulo que se impõe a um indivíduo seja valorizado e, por conseqüência, perpetuado ou desfeito. Destarte, o preconceito surge e é nutrido na socialização, o que gera uma manifestação particular em cada pessoa (CROCHIK, 2006). Estigma é conceituado como um sinal de vergonha, de reprovação que faz com que o indivíduo seja rejeitado e se torne alvo de exclusão social (OMS, 2001; CROCHIK, 2006).

Destacando-se que a época e a cultura são definidoras de padrões de pensamento e comportamento há que se atentar, também, às atitudes e às ações

que derivam destes. A propósito disso, Boarini (2006) faz uma analogia entre o mito grego de Procusto e o histórico de reclusão da pessoa com transtorno mental na história da psiquiatria, em que a sociedade acolhia os iguais, ditos normais, e, segregava os diferentes.

Narra o mito que Procusto, um gigante que ficava na estrada que ligava Mégara a Atenas, julgava quem poderia passar de uma cidade para a outra. Para tanto, possuía dois leitos de ferro, um grande e outro pequeno e, para que as pessoas pudessem passar por ele, deveriam se encaixar nos “moldes” desses leitos. Todavia, deitavam-se os grandes no leito pequeno e os pequenos no leito grande e, para que tais indivíduos fossem moldados, cortavam-se as pernas dos que fossem maiores que o leito e alongavam os que fossem menores. Isso se deu por um longo período, até que Teseu, um herói da mitologia grega, fez com que o gigante fosse colocado em um de seus leitos, reproduzindo com ele a mesma violência que usava com os viajantes que tentavam passar pela estrada (BOARINI, 2006).

Cabe ressaltar que a possibilidade de a pessoa com transtorno mental praticar a violência é em igual proporção com a praticada por qualquer indivíduo. Quando a pessoa com transtorno mental age com violência, poucas vezes ocorre de forma indiscriminada e, normalmente, acontece contra um familiar, alguém de seu convívio ou contra si próprio.

É importante atentar ao fato de que, geralmente, o paciente passível de causar violência é aquele que apresenta alteração no pensamento, como delírios, e na percepção, como as alucinações ou ainda ilusões que podem comandá-lo a agir dessa forma ou ameaçá-lo. Nessa situação, caso ele venha a agir, será para se defender daquilo que percebe como perigoso (SADOCK; SADOCK, 2007).

Tais manifestações de comportamento, que podem ser demonstradas pela pessoa com transtorno mental, caracterizarão a situação como emergência em saúde mental. Uma abordagem específica será requerida visando ao controle ou à manutenção de uma situação segura ao paciente e aos demais em seu entorno, até a chegada de socorro especializado (SMELTZER *et al.*, 2009).

A reação de agressividade da pessoa com transtorno mental advém dos sintomas do transtorno e do sofrimento que lhe é imposto. Nessas situações, é necessária a compreensão daqueles que o cercam, familiares, amigos, pessoas da sociedade e profissionais de saúde. Desse modo, é preciso o preparo dos

profissionais e a instrumentalização da família para uma abordagem efetiva e segura, no que se refere ao sofrimento desse indivíduo (HAMOLIA, 2001).

Pesquisas, desenvolvidas recentemente com profissionais de saúde, demonstraram a presença de sentimentos e atitudes no cuidado a pessoas com transtorno mental como, por exemplo, preconceito, medo, insegurança, indisponibilidade e despreparo. Dessa forma, para tais profissionais, existe o risco de agressão do portador de transtorno mental contra eles. Entretanto, quando é inevitável que se abstenha de atendê-lo, logo a tentativa é providenciar a contenção física e a medicação, com a alegação de proteção à equipe, ao acompanhante e ao paciente, desconsiderando ou deixando para segundo plano a abordagem pela comunicação (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; PAES, 2009; KONDO *et al.*, 2011).

Ainda nessa perspectiva, um estudo, realizado com 171 enfermeiros de um hospital público de grande porte, com o intuito de aferir o grau de satisfação desses profissionais em atender alcoolistas, revelou que apenas dois dos sujeitos afirmaram que trabalham bem com o paciente alcoolizado, podendo demonstrar o despreparo dos profissionais para o atendimento e consequente insatisfação profissional. O estudo aferiu que 80% dos profissionais preferiam não trabalhar com esse paciente e concluiu que, dentre os distúrbios mentais, o relacionado ao alcoolismo é o mais rejeitado pelos enfermeiros (VARGAS; LABATE, 2005).

Em algumas situações, como as apresentadas no estudo realizado com a equipe de Enfermagem, em um Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) de Curitiba, mesmo antes de entrar em contato com o paciente, a equipe já antevia a necessidade de contenção, mais por receio do que efetiva necessidade. Assim, lançava mão do material, deixado previamente reservado para o pronto uso da contenção. Outro fato apresentado foi que, de acordo com os profissionais de enfermagem, o paciente com transtorno mental deveria ser atendido em local apropriado que não o CMUM (KONDO *et al.*, 2011).

Em estudo realizado em um Pronto Atendimento de um hospital geral, em que se buscou apreender a percepção da equipe de enfermagem relativa aos cuidados a pacientes com transtorno mental, verificou-se que a equipe de enfermagem tem receio em desenvolver os cuidados ao paciente com transtorno mental. Assim, os sujeitos expressaram a necessidade de contê-lo para proteção à equipe e ao próprio paciente. Também, relataram o despreparo para o cuidado específico e adequado ao paciente com transtorno mental (PAES *et al.*, 2010).

Por outro lado, em um estudo sobre a prática da equipe no atendimento à pessoa com transtorno mental com comportamento agressivo, realizado por Estelmhsts *et al.* (2008) com profissionais de enfermagem em uma instituição psiquiátrica, os sujeitos se consideram capazes de lidar com tal situação. Para tanto, utilizam a comunicação terapêutica e, quando necessário, a contenção mecânica ou medicamentosa.

A abordagem no cuidado à pessoa com transtorno mental, em situação de emergência, deve ocorrer, primeiramente, com o uso da comunicação terapêutica. Portanto, o profissional de enfermagem pode utilizar técnicas para estabelecer uma comunicação efetiva. Mediante o uso da comunicação terapêutica é possível realizar um cuidado que alcance o ser humano em todas as suas dimensões, como ser dotado de vontades, valores e cultura própria (KONDO *et al.*, 2011).

Quando a pessoa com transtorno mental procura por atendimento em um hospital geral, por uma condição clínica geral ou pela exacerbação dos sintomas relativos ao transtorno mental, quem primeiro mantém contato com esse paciente é a equipe de enfermagem, devido à especificidade do trabalho da enfermagem, a de prestar cuidado e, também, porque se mantém em contato com o paciente por um tempo maior que os demais profissionais da saúde (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; ESTELMHSTS *et al.*, 2008).

Minha experiência profissional desempenhada há cinco anos, em um hospital de ensino da região oeste do Paraná, juntamente aos estudos citados anteriormente, fez-me perceber como são insuficientes e, na maioria das vezes, inadequadas as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para o cuidado ao portador de transtorno mental, em hospital geral.

Acredito que pelo despreparo, por vezes em minha prática profissional presenciei situações de violência e relatos de profissionais sobre agressão recebida de pessoas com transtorno mental no Pronto Atendimento, justificando, assim, a contenção física do paciente. Mesmo sem necessidade, logo que se identificava seu quadro de histórico psiquiátrico, tal paciente era contido como forma de proteção à equipe e ao paciente.

Além de minha experiência profissional, encontrei na literatura algumas pesquisas nas quais os profissionais enunciavam a necessidade de contenção para o portador de transtorno mental como primeiro cuidado dispensado a esse indivíduo, pela possibilidade de que este pudesse provocar violência contra a equipe, o

acompanhante, ou até, contra si mesmo (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; KONDO *et al.*, 2011).

O despreparo da equipe de enfermagem, na abordagem da pessoa com transtorno mental com agitação psicomotora, pode acarretar em um erro de compreensão do comportamento manifestado pelo paciente. Essa situação pode levar o paciente a se sentir pressionado ou, de alguma forma, agredido e, no intuito de se defender, resultar em atos violentos contra a equipe de enfermagem (HAMOLIA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007; ESTELMHSTS *et al.*, 2008; SMELTZER *et al.*, 2009; PAES *et al.*, 2010).

Observa-se que o medo que se tem da agressão provocada por esse indivíduo é desproporcional ao que realmente ocorre. Comportamento violento é presente, normalmente, em pacientes com histórico de crimes e uso abusivo de álcool e outras drogas, as quais provocam alterações que prejudicam o indivíduo na tolerância a frustrações (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

A inquietação que me levou a desenvolver esta investigação emergiu das poucas publicações de estudos que relacionam violência e saúde mental e por seus resultados, em que há inferência sobre o medo gerado nos profissionais de saúde ante os episódios de agressividade apresentados pelos pacientes com transtorno mental (TEIXEIRA *et al.*, 2007). Outro fator importante é a referência dada ao uso de contenção física como única abordagem a esse tipo de paciente (PAES, 2009; KONDO, *et al.*, 2011).

Assim, esta pesquisa tratou sobre o fenômeno da violência praticada por pacientes com transtorno mental contra a equipe de enfermagem durante sua prática profissional, em que se procurou apreender a vivência desses sujeitos, diante de situações de violência vividas, presenciadas ou por meio de histórias narradas por colegas de trabalho. A questão norteadora foi: *Qual a vivência da equipe de enfermagem, de um Pronto Atendimento, mediante a violência provocada pelo portador de transtorno mental em sua prática profissional?*

1.1 OBJETIVOS

Descrever a vivência do profissional, na prática da enfermagem, mediante a violência advinda da pessoa com transtorno mental;

Analisar a violência sofrida pelo profissional na prática da enfermagem da violência advinda da pessoa com transtorno mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item será discorrido acerca do tema violência, iniciando pelo conceito, reconhecimento de sua amplitude e como esse fenômeno é considerado como constituinte do ser humano, usando por base disciplinas como sociologia, história e psicologia. Finalmente, será tratado sobre a violência contra a equipe de enfermagem e as repercussões para sua saúde.

2.1 O CONCEITO DE VIOLÊNCIA

“Não existe uma definição consensual ou incontroversa de violência. O termo é potente demais para que isso seja possível”.
Anthony Asblaster, 2000.

A palavra violência deriva do latim, *violentia*, que nos direciona ao termo *vis* (emprego de força ou vigor). A força se torna violência quando irrompe transbordando de carga negativa, descumprindo os acordos socialmente estabelecidos, que dão ordem nas relações entre indivíduos. Diz-se ainda que causa sofrimento em quem recebe e somente é caracterizada como tal quando a cultura, em que o indivíduo vive, reconhece o ato como causador de dano (ZALUAR, 1999).

O termo violência é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como demonstração de poder com uso de força intencional, o que constitui um meio de ameaça contra si próprio, outrem ou coletividade/grupo, que possa vir a causar danos físicos, psíquicos, privações, negligência ou mesmo morte de um indivíduo. É caracterizada por todo e qualquer ato que tenha por fim intimidar ou coagir outrem, moralmente ou mesmo com ações que tenham esse efeito. Constitui algo destrutivo, exercido com ímpeto ou vigor (OMS, 2002; CARDOSO, 2002; HOUAISS, 2009).

Reunindo todo o complexo emaranhado de significações que contemplam a violência, pode-se inferir que toda ação capaz de transformar o sujeito em objeto desprovido de vontade é considerada uma forma de violência (CHAUÍ, 2007).

Ao se empregar a força, com intenção de dominar e fazer valer suas vontades, pratica-se a violência (OMS, 2002). A palavra poder foi incluída pela OMS para expandir o entendimento do conceito de violência. Assim, intimidações e ameaças estão inseridas na definição como uma tentativa de tornar o conceito mais claro, dada a complexidade e multifaces que a violência apresenta desde o surgimento da humanidade (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Adiciona-se o conceito de intencionalidade como agregador na compreensão da violência, para tanto se tem que intencionalidade prediz intenção de praticar determinada ação de forma deliberada, algo feito de propósito (HOUAISS, 2009). Intencionalidade, por ser considerada algo relativo, torna ainda mais complexa a definição de violência (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Ao levar em consideração que a violência é caracterizada pelo uso da força e a intenção de causar dano, observa-se uma limitação na amplitude que o conceito abarca. Dessa forma, ao partir do pressuposto que quando não se tem intenção de causar dano, um ato não se caracteriza como violento, surge a indagação: se nos depararmos com uma contenda, na qual houve o uso da força, contudo, sem a intenção de causar dano o ato não será considerado violento, ainda que seu desfecho seja danoso a quem é endereçado? (DAHLBERG, KRUG, 2007).

Destarte, tem-se que a definição de violência se torna complexa e dotada de contradições. Pode-se utilizar como exemplo uma mãe que para tentar acalmar um bebê que chora, o sacode violentamente. Nessa situação, há o uso da força, porém sem a intenção de causar dano. No entanto, tal ação poderá ocasionar lesões cerebrais à criança que foi sacudida (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Nas situações descritas anteriormente, observa-se a complexidade nos fios da trama que compõem o ato violento, pois tendo ou não intenção de causar dano, ele ocorreu. Isso se dá, porque não se pode prever o desfecho de ações para as quais se faz uso da força (ARENDR, 1968; OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Tornando o fenômeno da violência ainda mais complexo e, retomando a discussão sobre intencionalidade, há que se avaliar a intenção de causar dano e a intenção de se fazer uso de violência contra outrem.

Considerando que a violência é culturalmente determinada, em algumas sociedades a intenção de causar dano pode estar ancorada em preceitos culturalmente estabelecidos e, assim, não ter o ato violento tal conotação, mas ser

avaliado como legitimado e inerente à sociedade em questão (OMS, 2002; CHAUI, 2007).

Deve-se ponderar que a violência pode ter suas raízes profundamente enlaçadas no meio no qual vivemos e que reconhecê-la como tal constitui tarefa difícil, por suas multifaces. Há ainda que se observar as diversas denominações que o ato pode comportar (OMS, 2002; DAHLBERG; KRUG, 2007; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os termos mais frequentemente utilizados para nos reportarmos à violência são: **agressão ou ataque**, quando se tem a intenção de causar dano físico à outra pessoa; **abuso**, quando se procede com a humilhação do outro, não respeitando sua dignidade e valor como ser humano; **intimidação**, cujo comportamento tem por intuito ofender e humilhar pelo uso de crueldade; **assédio**, que pode ser moral, sendo uma conduta não desejada, ferindo a dignidade de homens e mulheres; ou sexual, caracterizado pela conduta indesejada de conotação sexual, que acaba por causar humilhação ou vergonha (OIT, 2002).

A violência pode ainda receber a denominação de **ameaça**, caracterizada pelo uso de poder, força física ou psicológica, produzindo medo, entre outras consequências negativas, em quem a recebe (OIT, 2002).

De certa forma, a violência é definida de acordo com o que é moralmente estabelecido em determinada cultura. Assim, quando um indivíduo age de modo a ferir os princípios morais, está praticando um ato violento. Atualmente, em nossa cultura, a violência é tida como uma forma de violação dos direitos humanos (CHAUI, 2007).

A esse respeito, conforme a Comunidade Internacional de Direitos Humanos, a violência compreende toda e qualquer violação dos direitos do indivíduo garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) tanto civis, políticos, sociais, quanto econômicos e culturais. Dentre os civis, encontram-se o direito à vida, propriedade, ir e vir. Com relação aos políticos, podem-se citar os de votar e ser votado e participar ativamente do processo de eleição. Com o direito social é assegurado ao indivíduo saúde, educação e segurança. Já os econômicos garantem o emprego e remuneração pelo serviço prestado. Os culturais, por sua vez, tornam possível ao indivíduo a liberdade de manifestar sua cultura (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

A violência, portanto, constitui uma forma do indivíduo se afirmar como tal, mostrando sua força perante os outros, com o intuito de comprovar maior poder, sendo destrutiva para quem a recebe. Contudo, a literatura apresenta casos em que a violência pode ser construtiva, por exemplo, quando possibilita que uma deficiência seja corrigida ou superada, proporcionando ao indivíduo a realização pessoal (MAY, 1974).

A experiência citada anteriormente ocorre quando, em determinada situação de tensão, uma pessoa tem a capacidade de canalizar sua agressividade para demonstrar seu estado interior e, com isso, consegue se libertar da angústia provocada pela situação. Nessas condições, diz-se que a violência ocorreu de forma construtiva, pois, após a explosão de raiva, a pessoa poderá abrir caminho para tratar mais honestamente de seus sentimentos (MAY, 1974; STUART; LARAIA, 2001; CARDOSO, 2002).

Retomando a questão do poder atrelado à violência, faz-se necessário buscar clarificar a ligação entre ambos. Assim, a violência é definida como demonstração de poder sobre o outro. E poder é definido como a capacidade, em potência ou em ato, de causar mudanças ou impedi-las; influenciar moralmente; exercer autoridade ou domínio físico sobre outrem.

O poder em potência é aquele que ainda não foi desenvolvido, mas poderá ser futuramente. Enquanto o poder em ato é aquele claramente percebido e comumente foi utilizado como um termo da sociologia para explicar ações praticadas pelas nações e seus exércitos. Contudo, a psicologia o definiu como a capacidade de influenciar ou mudar outras pessoas (MAY, 1974; HOUAISS, 2009).

O poder constitui um ato no qual um indivíduo impõe suas vontades a outro e, para que este seja exercido, faz-se uso da violência, aqui entendida como coação por meio do ato físico. Entretanto, a violência em si é compreendida em sua forma física, verbal, psicológica, entre tantas outras possíveis. Esta, arraigada ao convívio do homem, passa a ser considerado o pseudo fundamento de todas as relações do ser humano em sociedade (CARDOSO, 2009).

Utilizamos a denominação de pseudo fundamento, porque não se pode dizer que a violência é um comportamento normal do ser humano, pois há que se lutar contra esta, dados os prejuízos que traz para a saúde do indivíduo (OMS, 2002).

No curso da história da humanidade, embora o poder seja considerado ruim, quando unido à violência, percebeu-se que, em muitos casos, essa união foi

essencial para que o homem e outros seres vivos garantissem a sobrevivência (DADOUN, 1998; ODÁLIA, 2004).

A palavra poder deriva do latim *posse*, ser capaz de, e é observado no homem desde seu nascimento, quando descobriu o choro como meio para ter suas vontades satisfeitas. Em todos os conflitos pelos quais o ser humano passa, pode-se observar o poder, em maior ou menor escala. Dessa forma, se de um lado se tem sua imponente presença, do outro se observa sua ausência (DADOUN, 1998). Em ambas as situações, somos levados a refletir; primeiro, pois reconhecer que se usa o poder para conseguir o que se quer pode soar como imoral e, porque admitir que se seja dominado, ou o fato de não possuir poder, denota fraqueza e impotência (MAY, 1974).

Há que se reconhecer que o poder, assim como a violência, permeia o ambiente de convivência do homem, mesmo não sendo identificado como tal. Desde o momento em que o indivíduo passou a viver em comunidade, esta díade se fez presente nesse meio e, quando em decorrência de seu uso para satisfação de vontades individuais, surgiram problemas de convivência e dilemas éticos (MAY, 1974; VASQUEZ, 2006).

Com os dilemas quanto ao uso de poder e violência para satisfazer suas vontades, surge a ética como forma de disciplinar a ação humana, abordando noções gerais do que é bom ou mau, justo ou injusto, certo ou errado, e norteando o agir do indivíduo em sociedade (VASQUEZ, 2006; CHAÚÍ, 2007).

De acordo com Chauí (2007), a Ética, que trata de seres dotados de uso da linguagem e arguição, por meio do uso da razão, é posta em xeque, pois a violência, capaz de encerrar qualquer possibilidade de diálogo, é causada por esses mesmos seres dotados de razão e inteligência, os quais tratam seus pares como irracionais, insensíveis e passivos (HAYECK, 2009).

2.1.1 Tipologia e classificação da violência

Com a finalidade de classificar a violência, a OMS a divide em três grandes categorias: violência autoinfligida, interpessoal e coletiva, classificando-a ainda quanto à sua natureza (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

A violência autoinfligida é caracterizada pelo comportamento suicida que abarca ideação suicida, tentativa ou o ato em si. Nesse tipo de violência, o indivíduo investe contra si de forma física e/ou psicológica. Outra característica atribuída é o comportamento autoabusivo, como as mutilações corporais (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

A violência interpessoal ou hetero violência pode ocorrer entre membros da mesma família, como por exemplo, aquela advinda do companheiro íntimo. Porém, não ocorre somente no ambiente familiar, como no caso do abuso sexual, infantil ou contra idosos. Com essas mesmas características, tem-se a violência comunitária que acontece entre indivíduos os quais podem ou não se conhecer, não havendo, nesse caso, um grau de parentesco entre o violentador e a vítima. Inclui-se nessa categoria a violência sexual cometida por estranhos nas ruas, em escolas, nos asilos, em locais de trabalho, entre outros (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

A violência coletiva pode ser social, política ou econômica. A social, considerada como um meio de desrespeito ao outro, acontece de forma mais geral e em certos segmentos da sociedade, principalmente, com indivíduos de menor poder aquisitivo; inclui atos terroristas praticados contra multidões. Já a violência política pode ser expressa por meio de assassinatos políticos, do desrespeito aos direitos do cidadão ou da submissão da educação a ideologias que privilegiem uma determinada classe social em detrimento de outra; comporta, ainda, episódios de guerra ou ataques realizados por grandes grupos. A violência econômica inclui locupletação, entre outros meios ilícitos, muitas vezes, não considerados como tal e, em alguns casos, legitimada pela sociedade (OMS, 2002; ODÁLIA 2004; DAHLBERG, KRUG, 2007).

A violência também pode ser classificada conforme sua natureza em: atos físicos, sexuais, psicológicos e privações ou negligência. O intuito de estabelecer uma tipologia e classificação da violência traz importante contribuição para se tentar compreender os padrões em que ela acontece no mundo, no cotidiano de famílias, comunidades ou em ambientes como os de saúde (OMS, 2002).

Essa classificação constitui uma tentativa de captar a natureza da violência, o meio em que ela ocorre e a relação entre o violentador e sua vítima. Contudo, possui limitações, pois existe uma linha tênue dividindo a violência entre um tipo e outro, a qual nem sempre é evidente e pode permitir essa diferenciação (OMS, 2002; OIT, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Referente a isso, Minayo e Deslaides (1998) enfocam que a classificação da violência não dá conta ao que se propõe, mediante toda a complexidade que esta tem em si, sendo, muitas vezes, dotada de explicações contraditórias. Todavia, há que considerar que trata de uma tentativa importante, pois se torna um instrumento útil o qual sinaliza indicadores de saúde e norteia ações políticas e sociais, com vistas à diminuição ou ao controle da violência.

2.2 A VIOLÊNCIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

No decorrer da história, foram formuladas hipóteses para tentar explicar o surgimento dos transtornos mentais. Uma dessas hipóteses se trata do Modelo “Sociogênico”, no qual se percebem os transtornos mentais como originados do meio em que o indivíduo vive, conferindo ao estresse do cotidiano e às relações complexas entre seres humanos, um fator responsável pelo adoecimento da mente (BALLONE, 2005a).

O modelo denominado “Organogênico” confere ao organismo e à função cerebral toda a responsabilidade por esse evento. O modelo “Psicogênico” concede esse papel à dinâmica psíquica unicamente e, finalmente, o modelo “Organodinâmico” contempla os três anteriormente citados, a união do biológico, do psíquico e do meio em que o indivíduo vive como sendo responsáveis pelos transtornos mentais. Para que isso seja possível, o indivíduo deve possuir a chamada personalidade pré-mórbida, que se refere à sua disponibilidade para desenvolvimento de transtornos mentais (BALLONE, 2005a).

No decorrer da história da humanidade, a pessoa com transtorno mental foi chamado de “louco”, “doente mental”, “perigoso” de forma pejorativa, sendo por esse motivo excluído do convívio em sociedade, ganhando rótulos como os de improdutivo, delinquente e causador de desordem social. A solução para esse indivíduo foi seu enclausuramento em manicômios e hospícios, para manter a ordem social e a segurança dos demais que com ele conviviam, o que representa um estigma contra esse indivíduo (MENDONÇA, 2005).

Mesmo à luz da Reforma Psiquiátrica, a sociedade atribui à pessoa com transtorno mental a necessidade de situá-la fora do convívio coletivo, como se esta

não fizesse parte dela. Dessa maneira, observa-se que lutar pela igualdade em sociedade passou a ser mais necessário e importante do que contra a doença propriamente. Percebe-se a necessidade de inclusão, de se fazer parte do convívio social e não, ser excluído dele. Salienta-se que um dos maiores estigmas que a pessoa com transtorno mental carrega é o da violência associada à sua pessoa (NUNES; TORRONTÉ, 2009).

A violência advinda de pacientes com transtorno mental pode ocorrer, contudo, há que se reconhecer que esta consiste no resultado de processos mentais desconexos (SADOCK; SADOCK, 2007). Tem-se no imaginário social que esse paciente é violento, passível de agredir gratuitamente qualquer pessoa, mas na maioria dos casos o que se observa é o desferir de atos violentos contra si próprio, e não contra outros (CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008).

O ato violento praticado pela pessoa com transtorno mental seria uma forma de estabelecer comunicação, mesmo que se avalie esta como sendo falha. Deve-se ainda ser analisado como uma resposta a sentimentos de raiva, de medo ou mesmo a impotência diante de uma situação, como em qualquer indivíduo. Todavia, quando o uso de álcool e outras drogas estiverem envolvidos, o comportamento pode ser potencializado (BROUWER, 1967; SADOCK; SADOCK, 2007; SMELTZER *et al.*, 2009).

Nesse sentido, um estudo bibliográfico, com o escopo de estabelecer uma relação entre o consumo de álcool por adolescentes e delinquência juvenil concluiu que é estreita a relação entre o consumo de álcool e outras drogas ilícitas e a prática de violência ou crimes por adolescentes. Entretanto, os autores questionam se o uso de álcool induz à violência ou a violência induz ao uso dessa substância (HEIM; ANDRADE, 2008).

Além do uso de álcool e outras drogas, que será explorado mais adiante neste item de revisão de literatura, existem algumas patologias que podem ser responsáveis pela violência advinda de um paciente com transtorno mental, como por exemplo, a **esquizofrenia** paranoide aguda, **síndrome cerebral orgânica** aguda, **psicose aguda**, ou **personalidade paranoide**, transtorno de personalidade **borderline** e transtorno de personalidade **antissocial** (SMELTZER *et al.*, 2009).

Outro fator desencadeador de atos violentos pode ser o **Delírium**, característico de longas internações ou devido ao uso de drogas sedativas em

ambiente hospitalar e, ainda, a **demência**, por perda de funções cognitivas e senso de julgamento (DINIZ; KRELLING, 2006).

Um transtorno que pode também estar ligado ao fato do indivíduo se tornar violento é a **Síndrome de Descontrole Episódico**, conhecida como Transtornos Explosivos Intermitentes, caracterizada por respostas violentas exageradas ao mínimo estímulo. Os portadores dessa doença são responsáveis por crimes e agressões desproporcionais ao fator motivador, sendo causadores de acidentes de trânsito, mortes brutais de animais e destruição de propriedade alheia por rompantes de comportamento agressivo (BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Outro fator desencadeante para a violência do portador desse transtorno é o consumo de álcool. Uma característica é a falta de controle sobre o impulso violento e a desproporcionalidade entre a agressividade e o motivo para tal comportamento (BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Transtornos mentais, como a esquizofrenia, que possui sintomas psicóticos, são considerados graves por sua característica de produzir conflitos com a realidade, alucinações, ilusões e delírios; produzem a alteração da realidade e comprometem o comportamento do indivíduo, por sua interpretação distorcida de fatos vivenciados (BALLONE; ORTOLANI, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007).

O transtorno de **Personalidade Borderline** também é factível de levar a atos violentos. O termo *Borderline* (do inglês: na borda, na fronteira) é utilizado para designar um transtorno mental em que o paciente apresenta alterações na fronteira entre a psicose e a neurose. Esse termo começou a ser utilizado em 1884 para designar períodos nos quais o paciente oscilava entre o transtorno mental e a sanidade (BALLONE; 2005a; SADOCK; SADOCK, 2007).

A principal característica desse transtorno é o constante estado do indivíduo de se sentir injuriado, magoado ou ferido emocionalmente; ausência de sentimentos ditos normais; possui a raiva como afeto essencial; não possui autoacusação ou sentimento de remorso. Indivíduos com essa personalidade possuem boa adaptação social, não suportam solidão e isolamento, quando na iminência dessa possibilidade podem se tornar chantagistas, fazer ameaças de suicídio e até mesmo automutilação. Alguns apresentam ações impulsivas, como o consumo de drogas e álcool, promiscuidade e autoagressão e nas relações interpessoais são bastantes manipuladores (BALLONE; 2005a; SADOCK; SADOCK, 2007).

A ingestão de álcool possui ligação direta em eventos para os quais se faz uso de atos violentos, uma vez que encoraja e facilita a violência pelo não funcionamento normal do cérebro, fazendo com que o indivíduo perca o controle sobre sua impulsividade. Quando se soma isso a interpretações exageradas ou supervalorizadas que o uso do álcool causa no indivíduo, ocorre por desfecho o ato violento, ou seja, um indivíduo violento pode passar a fazer uso de álcool e, então, causar violência (CARDOSO, 2002).

A violência de um paciente com transtorno mental não deve ser avaliada como um comportamento normal, contudo há a necessidade de se observar que esta não ocorre gratuitamente, estando sempre associado a um fator desencadeante em momentos de estresse. Embora a imagem que se tem do indivíduo com transtorno mental seja a historicamente construída como perigoso, ele não deve ser considerado mais violento que qualquer outro indivíduo (GATTAZ, 1999; MONTEIRO, SOUZA, 2004; DINIZ; KRELLING, 2006).

2.3 VIOLÊNCIA CONTRA A EQUIPE DE ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

A violência provocada por pacientes em serviços de saúde, geralmente, ocorre com maior frequência que em outros ambientes de trabalho. Existe uma diversidade de estudos que abordam o tema violência cometida contra profissionais de enfermagem com reflexos diretos à sua saúde. Esta pode ocorrer de diversas formas e ser do tipo física ou verbal; ambas ocorrem durante o desenvolvimento dos cuidados. A agressão verbal não possui, muitas vezes, uma causa plausível, assim como a agressão física parece não ter um fator desencadeante claro e específico (NEWHOUSE, 1997; OIT, 2002).

De acordo com Stark *et al.* (1995)¹ *apud* Paterson, Leadbetter e Bowie (1999), é crescente a literatura que versa sobre as necessidades de ações para dar suporte à saúde da equipe de enfermagem no pós-acidente, pois estão com maior frequência, expostos à violência. Essa necessidade decorre dos problemas de

¹STARK et al. Incidence of assaults on staff in the NHS. *Nursing Times*, May 3, 20.

saúde física e psicológica, apresentados por profissionais que sofreram agressão meses após o fato.

Estudo realizado, sobre violência contra profissionais da enfermagem, revelou que muitos destes acreditam que a violência ocorrida durante os cuidados ao paciente faz parte do cuidar e é inerente à profissão. Na ótica do profissional, a violência não é vista como tal por não ter caráter de intencionalidade e premeditação, sendo algo impulsivo e momentâneo. Assim, nada pode ser feito a esse respeito, já que não houve premeditação. Isso, somado ao momento de fragilidade em que se encontra o paciente, são motivos alegados para não registrarem o que acontece (NEWHOUSE, 1997).

A equipe de enfermagem se torna a principal vítima do comportamento violento do paciente, visto que são os profissionais que realizam a maior parte de suas atividades junto a indivíduos com os mais diversos quadros clínicos, como pacientes psiquiátricos sem uso de medicação, drogadictos, delinquentes e pacientes com distúrbios orgânicos ou alcoolizados. Acompanhantes e visitantes também podem se tornar agressivos, principalmente, quando em caso de morte de seu familiar (CONTERA-MORENO; CONTERA-MORENO, 2004).

A equipe de enfermagem, quando exposta à violência vinda do paciente, pode passar pela experiência de desordens psicológicas que podem durar décadas. O membro da equipe que foi agredido pode não apresentar nenhuma reação no momento da agressão, tentando racionalizar a situação para atender os pacientes de forma terapêutica. Contudo, após algum tempo passado da violência sofrida, que podem ser meses, o profissional passa a demonstrar raiva e outras formas de comportamento ao atender os pacientes, sendo esse comportamento motivado pela violência sofrida em outra ocasião (PATERSON; LEADBETTER; BOWIE, 1999).

Em estudo retrospectivo realizado na cidade de Port Adelaide, Austrália, que tratou sobre violência contra profissionais, em geral, durante o trabalho, constatou-se que no período analisado, pessoas que trabalhavam como seguranças oficiais ou mesmo como guardas, em empresas, sofriam menos violência (18%) que a equipe de enfermagem no atendimento em hospitais gerais ou *home care* (41%) (NEWHOUSE, 1997).

Outro dado apresentado foi do estudo realizado na unidade de Pronto Atendimento 24h do hospital geral Saint Paul's, em Vancouver no Canadá, do qual participaram 47 enfermeiros, 19 seguranças, 13 médicos, 8 profissionais de

admissão, 7 assistentes sociais, entre outros trabalhadores da unidade. Observou-se que 55% relataram ter sofrido agressão física, 21% assistiram um colega ser agredido fisicamente, 12% sofreram violência verbal e 10% foram ameaçados fisicamente. Dentre esses trabalhadores, houve relatos de 38% cogitarem outros tipos de emprego que não na área da saúde, por esta ser muito violenta. Pelas respostas dos entrevistados, o estudo pontuou que 84% sofreram violência verbal pelo menos uma vez por turno, e 90% pelo menos uma vez por semana. A classe mais atingida foi a Enfermagem, em relação aos responsáveis pela segurança do setor. Ainda de acordo com o estudo, os índices de violência têm crescido pelo aumento no número de atendimentos a: dependentes químicos, alcoolistas, portadores de transtornos mentais em crise e membros de quadrilhas criminosas no Pronto Atendimento (FERNANDES *et al.*, 1999).

Estudo, realizado em um hospital-escola de Winnipeg no Canadá, no qual foram utilizados registros de dois anos sobre a ocorrência de agressão durante o desempenho profissional, encontrou que nesse período 80,2% dos relatos foram da equipe de enfermagem que era agredida por pacientes em geral. Para as enfermeiras de unidades médicas, o índice foi de 33,1% dos casos de violência praticados por pacientes e, para as enfermeiras de unidades psiquiátricas, foi de 14,5% dos casos de agressão por pacientes. Conforme a autora, o atendimento à pessoa com transtorno mental crônico constitui fator de risco à equipe de enfermagem, quando não há tratamento e serviços especializados ao seu atendimento durante a crise (YASSI, 1994).

Merchant e Lundell (2001) referem que locais de trabalho, como *home care* e serviços de emergência, proporcionam alto risco de ocorrência para certos atos violentos contra a equipe de enfermagem, no desempenho do cuidado ao paciente. Atitudes para a prevenção da violência em locais de trabalho devem ser tomadas, como adoção de políticas de segurança no ambiente de trabalho e capacitação da equipe para reconhecer a iminência do ato violento e tomar atitudes para evitá-lo.

Nesse tocante, Newhouse (1997) argumenta que o controle da violência à equipe de enfermagem, no ambiente de trabalho, requer uma atenção especial, pois demanda estratégias especiais como contratação de profissionais para a proteção da equipe e capacitação para que esse profissional tenha condições de identificar o possível agressor.

O problema da violência contra a equipe de enfermagem implica trauma psicológico, que pode resultar em frustração. O profissional desacredita que seja possível acontecer a violência contra si, ou que isso não acontece com pessoas que trabalham honestamente. Contudo, a violência causa danos de ordem psicológica a quem a recebe, ou ainda danos como depressão e falta de autoestima, entre outros (PATERSON; LEADBETTER; BOWIE, 1999).

Por esse prisma a violência é vista como um problema de saúde pública, pela ameaça à vida, visto que afeta diretamente a saúde daquele que recebe a agressão que, dependendo da intensidade, pode levar à morte (MINAYO; SOUZA, 1999; OMS, 2002; REYES, DIAZ, CARMENATTES, 2008).

A violência pode ser considerada um problema de saúde, uma vez que atinge a todas as classes e que, somente a partir da década de 1980, passou-se a discutir essa questão no Brasil. Há que se atentar para os fazeres da Enfermagem, o cuidado, para que então possamos refletir sobre o fazer do enfermeiro, pois o cuidar não acontece de forma isolada, mas por uma relação de interação, disponibilidade e confiança entre profissional e paciente (FERRAZ *et al.*, 2009).

A observação pela equipe de enfermagem de indícios que possam predizer violência se torna o fator determinante no acontecimento ou não da violência, já que a equipe tem maior proximidade com o paciente. Por fim, uma estratégia para diminuir as consequências psicológicas da violência é falar sobre o assunto. Quando se compartilham as frustrações, os efeitos da violência podem ser reduzidos, isso deveria ser uma rotina entre a equipe de enfermagem, nos serviços de saúde (NEWHOUSE, 1997).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como pressuposto a abertura, a flexibilidade e a interação entre investigadores e seus atores sociais (MINAYO, 2004). Esse tipo de pesquisa objetiva abarcar a totalidade do ser humano dando maior valor a sua experiência em cenários naturais de seu cotidiano, buscando contemplar aspectos de todas as suas dimensões e singularidades, pois o significado que o ser humano atribui às suas experiências emerge do meio no qual vive (LIBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

A pesquisa qualitativa dá vazão a comportamentos humanos, inclusive os mais complexos, permitindo a compreensão ampla de fenômenos e um *insight* mais profundo, o que não seria possível com uma forma mais linear de se medir percepções (LIBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.1 MÉTODO

O método escolhido para esta investigação foi o exploratório, o qual é útil para realizar pesquisas sobre temas dos quais se tem pouco ou nenhum conhecimento acumulado, o pesquisador, então, deve coletar as informações e selecionar aquelas que lhe serão úteis (TOBAR; YALOUR, 2001).

Mediante a pesquisa exploratória é possível buscar solução para as indagações do pesquisador e, mais do que simplesmente observar e descrever, investiga-se a natureza do fenômeno indagado e a sua complexidade. Assim, torna-se ferramenta imprescindível no processo investigativo de questões de áreas novas de estudo ou de fenômenos cujo estado da arte se tenha pouca compreensão (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O campo para realização desta pesquisa foi o Pronto Atendimento (PA) de um hospital geral de Curitiba, Paraná. Esse PA se subdivide em duas unidades de atendimento: Emergência e Observação. A escolha desse local se justifica por ser a porta de entrada do hospital, onde se encontra a totalidade da clientela com quadros clínicos variados atendidos na instituição, dentre esses, pacientes com comorbidades psiquiátricas por ocorrência de problemas clínicos.

Os pacientes admitidos no PA são referendados de Unidades Básicas de Saúde 24 horas e outros serviços e, após atendimento inicial e acolhimento, esse indivíduo recebe triagem médica e, caso seja necessário, será internado nas várias clínicas existentes no hospital.

A subunidade Emergência é a porta de entrada dos pacientes na instituição, sendo composta por área crítica de atendimento com capacidade para quatro leitos, os demais pacientes que chegam ao serviço ficam alocados nos consultórios da unidade até receberem alta ou serem internados. Os consultórios comportam até 25 pacientes.

A Observação é a outra subunidade do PA, com 15 leitos de internação de curta duração para observar evolução clínica aguda, com posterior encaminhamento à internação em uma unidade de especialidade do hospital ou alta hospitalar. Não havendo condições de transferência, por falta de vaga nas demais unidades do hospital, o paciente é mantido internado na unidade de Observação até a alta hospitalar, que pode levar de 7 a 15 dias, dependendo do estado de saúde.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os 51 profissionais da equipe de enfermagem, que atuam no Pronto Atendimento dos turnos da manhã, da tarde e da noite, sendo: 5 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 40 auxiliares de enfermagem, QUADRO 1.

Para o recrutamento dos sujeitos, primeiramente foi agendada uma reunião com a coordenação do serviço para apresentação do tema e objetivos da pesquisa,

com o esclarecimento de dúvidas. Após a aprovação da coordenadora do serviço, esta comunicou ao enfermeiro supervisor de cada período e lhe solicitou que fizesse a apresentação da pesquisadora à equipe pela qual era responsável. A partir do primeiro contato com a equipe, permaneci nas unidades, todas as manhãs, tardes e em parte o período noturno, durante todo o período em que durou a coleta. Cada profissional era abordado, conforme sua disponibilidade e, quando havia a concordância em participar, agendava-se ou procedia-se a entrevista naquele mesmo dia.

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Manhã</i>	<i>Tarde</i>	<i>Noite</i>	Total
Auxiliar de enfermagem	11	07	22	40
Técnico de enfermagem	01	03	02	06
Enfermeiro	02	01	02	05
TOTAL	14	11	26	51

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

FONTE: O autor (2011)

Em relação à escala de trabalho da equipe de enfermagem do PA, os enfermeiros de cada turno são responsáveis pelas duas subunidades e fazem a distribuição de técnicos e auxiliares de forma que atendam às subunidades que pertencem ao PA. As escalas possuem como característica um rodízio dos técnicos e auxiliares de Enfermagem, de maneira que a cada plantão eles estejam em uma das duas subunidades.

Os profissionais de todo o hospital possuem uma carga horária semanal de 30 horas, sendo os turnos divididos em manhã e tarde, com carga horária equivalente à 6h/dia por cinco dias/semana, alternando as folgas com os demais profissionais que compõem a equipe de enfermagem da unidade. Os profissionais que trabalham no período noturno possuem carga horária de 12 h/noite, intercaladas com 60 horas de descanso entre os plantões.

Os critérios de inclusão para participar desta pesquisa foram: ser da equipe de enfermagem do PA Adulto, atuar no cuidado direto ao paciente e concordar em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Dos 51 profissionais de enfermagem do PA, 38 foram entrevistados dos quais: a totalidade dos enfermeiros (cinco); técnicos de enfermagem (cinco) e auxiliares de enfermagem (28).

Foi excluído da pesquisa um técnico de enfermagem, que estava em licença de saúde por um tempo maior do que o período da coleta de dados, e 12 auxiliares de enfermagem, sendo que sete se recusaram a fornecer informações, um deles se encontrava em licença e quatro em férias/licença por um prazo que extrapolava o estipulado para coleta de dados.

Uma particularidade da abordagem qualitativa é o tamanho da amostra. Para esse procedimento, não se estipula uma quantidade exata de sujeitos, mas se estima, aproximadamente, de acordo com o fenômeno que se quer estudar (LIBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Dessa forma, procedeu-se com a coleta de dados compreendendo todos os sujeitos, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, pois a cada entrevista surgiam novos dados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi estabelecido contato com a equipe do Pronto Atendimento em uma reunião de colegiado da unidade funcional de Urgência e Emergência, da qual o PA pertence. Tal reunião foi agendada com o coordenador da equipe de Enfermagem, para uma exposição sobre o tema da pesquisa, esclarecimento do objetivo, da metodologia e do procedimento de coleta de dados. Evidenciaram-se os critérios de anonimato e sigilo que fazem parte da pesquisa, dúvidas foram sanadas e, após todos os presentes se sentirem esclarecidos, o projeto foi aprovado com unanimidade, tendo o consentimento do campo de pesquisa, expresso por meio de uma carta de ciência e de aprovação desse colegiado (ANEXO 1).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, no Setor de Ciências da Saúde, com o Registro: 1017.142.10.09 CAAE: 0242.0.208.091-10 (ANEXO 2).

Solicitou-se aos sujeitos da pesquisa assinatura no TCLE (APÊNDICE 1), conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as

diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Na sequência, cada sujeito foi entrevistado em local e horário que eles escolheram. Em comum acordo com a coordenação do PA e com os sujeitos, as entrevistas ocorreram em uma sala reservada da própria unidade.

Para garantir o sigilo e o anonimato, os participantes foram codificados com as letras “E”, “T” e “A” para os Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, respectivamente, seguidas de números arábicos por ordem numérica (E1,...E5), (T1,...T5), (A1,...A28), não havendo relação com a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados desta pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas nos meses de setembro e outubro de 2010. A coleta de dados foi realizada na instituição numa sala reservada, indicada pela chefia de enfermagem e conforme a disponibilidade dos profissionais.

Antecedendo a cada entrevista, foram assegurados aos sujeitos os critérios de credibilidade e rigor científico, bem como a garantia de anonimato dos participantes, no qual todas as informações que eles emitissem seriam respeitadas, não cabendo juízos de valor por parte da pesquisadora com relação às declarações. No ensejo, solicitou-se aos sujeitos a permissão para gravar suas falas e a assinatura no TCLE.

A escolha da entrevista para a obtenção dos dados se deu, por ser uma técnica de investigação, com uso de rigor científico, tendo por base a comunicação verbal, com o intuito de se obter do sujeito uma gama de informações significativas, no que se refere ao objeto de estudo (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

As questões de um roteiro de entrevista semiestruturada devem fazer parte do delineamento do objeto de estudo, permitir ampliar a comunicação e contribuir para emergir fatos relevantes a seu respeito. Um instrumento de coleta de dados pode ser constantemente corrigido quando se fizer necessário, porém não se pode ir a campo sem que se tenham estratégias de como fazê-lo, ou se corre o risco de

romper com a fundamentação teórica necessária para o processo do conhecimento (MINAYO, 2004).

Segundo Matheus e Fustinoni (2006), a entrevista constitui um instrumento no qual as informações obtidas são fundamentadas nas falas dos entrevistados proporcionando um ambiente de interação, ressaltando que as respostas podem ser influenciadas pela relação entre sujeito e pesquisador. Nesse processo, o pesquisador pode observar o que é significativo na vida do sujeito e qual sua visão do fenômeno em questão, com o modo próprio de interpretar esse acontecimento o qual é particular de cada sujeito e que pode ser observado em sua narrativa.

A utilização da entrevista permite ao pesquisador conhecer o “universo de significados” do indivíduo inerente às suas relações com os outros que convive. Podem-se observar crenças, valores, atitudes, entre outros, como parte constituinte do indivíduo. Oferece, ainda, a oportunidade de apreender o fenômeno que se estuda além de fatos, sentimentos, maneiras de pensar, ideias, crenças e atitudes que o permeiam. Nessa técnica, existem perguntas abertas que funcionam como um gatilho disparador para que os sujeitos da pesquisa possam falar livremente sobre o tema proposto, sem respostas preestabelecidas pelo investigador (MINAYO, 2004).

O instrumento de coleta de dados (APÊNCIDE 2) possui duas partes: a primeira se destinou aos dados que permitem caracterizar os sujeitos pesquisados, como: sexo, idade, grau de instrução, nível, tempo de atuação na instituição. A segunda parte contém uma pergunta: *Relate sobre sua vivência de violência provocada pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem na sua trajetória profissional, discorrendo acerca dos tipos e fatores desencadeantes de violências ocorridas.*

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio da **Análise de Conteúdo**, proposta por Bardin (2009), que se constitui um instrumento de análise pautado por cientificidade, com regras precisas que permitem ao pesquisador ir além da mera intuição. Dentre as diferentes técnicas que essa análise comporta, está a **Análise Temática**

Categorial, a qual foi escolhida para ser desenvolvida neste trabalho (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2009).

A **Análise de Conteúdo** é definida como um conjunto de técnicas utilizadas para análise sistemática do conteúdo de um texto, mesmo se tratando de procedimentos complexos e criteriosos, sobretudo para pesquisadores iniciantes, pois trabalha com conceitos explícitos ou não; tem um papel fundamental na análise de documentos, o que facilita e enriquece as falas dos sujeitos pesquisados (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2009).

A análise categorial se constitui na contagem dos temas, que emergem do texto após leitura flutuante, codificando cada tema para sua posterior quantificação. Para que isso ocorra se devem observar as unidades de significação, que são as partes mais significantes das falas dos sujeitos que tenham importância para o fenômeno que se estuda. Vencida essa etapa, procede-se com o cálculo da frequência absoluta (o número de vezes que o código aparece no documento) e frequência relativa (apresentação em forma de porcentagem), para se saber o quão significativo o tema é à pesquisa. Contudo, a pesquisa qualitativa observa que embora seja pequena a frequência de determinado código, é sua importância qualitativa que fará com que este seja considerado no texto (BARDIN, 2009).

Após o estabelecimento das frequências, parte-se para a leitura flutuante que é uma forma de organizar o documento, por meio de classificação, em que os elementos passam a formar conjuntos e a cada conjunto se dá um título de forma que represente todos os seus elementos constitutivos (BARDIN, 2009).

Para que se chegasse a essa etapa foi necessário transcrever as entrevistas na íntegra, como forma de preservar a exatidão das falas, para o procedimento da pré-análise.

A Pré-análise se destinou à escolha dos documentos e organização dos dados, para constituir um *corpus*² a ser analisado, que, nesta pesquisa, foram as entrevistas transcritas.

Na sintetização das ideias iniciais, é necessário lembrar os objetivos e pressupostos da pesquisa para confrontar com os documentos a serem analisados. Para tanto, realizou-se leitura exaustiva do texto, com o intuito de se familiarizar com os dados fornecidos pelos sujeitos (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2009).

² Do Latin *Korpus*: coletânea ou conjunto de documentos sobre determinado tema; repertório ou conjunto da obra científica, técnica e/ ou artística.

A segunda etapa da análise categorial, que é a Exploração do Material, constitui-se num processo que deve ser objetivo e claro de tal forma que possa ser reproduzido em outras ocasiões e culminar com os mesmos resultados. Por esse motivo, não pode ser realizada intuitivamente, mas sistematicamente, porquanto, dentre seus pressupostos estão a objetividade e a sistematicidade (OLIVEIRA, 2008).

A terceira etapa é o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, que deve comportar somente os dados que se encontram nos manuscritos avaliados e não em suposições do pesquisador. Isso não significa que não há possibilidade de se extrapolar e ir além do que foi dito, mas que as considerações devem ser ancoradas no conteúdo observado e não presumido (OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, primeiramente, procede-se com a leitura flutuante que é despreziosa, nessa fase o pesquisador somente se familiarizará com o manuscrito a ser analisado. Após, tem-se a leitura de exame do texto analisado, no qual o pesquisador faz algumas notas de registro que, posteriormente, servirão para agrupar elementos semelhantes, sendo esses classificados como as Unidades de Registro (UR). Então, escolhe-se o tipo de UR que será utilizado para toda a análise, seja frase, palavra ou parágrafo. Assim, procede-se com nova leitura para marcação das unidades de registro (OLIVEIRA, 2008).

Uma UR pode ser uma frase, uma palavra ou um parágrafo, que trate sobre o objeto de estudo em questão (OLIVEIRA, 2008). O pesquisador deve ter bastante clareza sobre seu objeto de pesquisa ao analisar um texto, para proceder com as marcações que vão ao encontro de seus objetivos.

Além das UR, tem-se as Unidades de Contexto (UC) ou unidades de significação ou ainda temas. Essas unidades são maiores que as UR e servem para localizar o pesquisador, ou seja, remete-nos ao contexto no qual o fragmento menor (UR) se refere (OLIVEIRA, 2008).

Desse modo, diz-se que as UC servem para situar e compreender as UR. Exemplificando, uma palavra pode ser a unidade de registro de uma frase e essa frase então será nossa unidade de contexto, o que fará com que a palavra tenha sentido. Numa outra situação, podemos ter uma frase como unidade de registro em um parágrafo que será a unidade de contexto e, assim, o parágrafo, que é maior, (UC) dá sentido à frase, que é menor (UR) e está contida nele.

Esses conceitos são essenciais, pois auxiliam a codificar o texto a ser analisado. Portanto, procede-se com a leitura criteriosa do manuscrito e se identificam as unidades de registro, para posterior contagem de suas frequências, que podem ser opcionais (OLIVEIRA, 2008).

Com o escopo de sistematizar esse processo e dinamizar o trabalho do pesquisador, Oliveira (2008) apresenta um quadro síntese, o qual foi utilizado nesta pesquisa. Este auxiliou nas notas do pesquisador, pois permitiu que se agrupassem as UR relacionadas às UC, que reunidas, deram origem às subcategorias e categorias temáticas deste trabalho (APÊNDICE 3).

Destarte, foram contadas as UR que se referiam a cada UC, e sintetizadas na coluna um (APÊNDICE 3). As repetições das UR foram compiladas na coluna dois e o número total de *corpus* analisados, que apresentam UR semelhantes, está quantificado na coluna três. Ao conjunto UC semelhantes, dá-se um título genérico, que represente a junção dessas UR, as quais são então chamadas categorias temáticas, coluna cinco (OLIVEIRA, 2008).

A segunda etapa da análise temática, Exploração dos dados obtidos, foi realizada com o objetivo de alcançar os núcleos de sentido, temas, do texto, ou seja, suas partes significativas. O passo seguinte foi polir as falas, retirar repetições e colocar somente o essencial para que estas fossem compreendidas, formando assim as Unidades de Registro (UR). Estas devem possuir relação com a unidade de contexto que, por sua vez, é mais abrangente e é o que situa e dá significado para as UR, indo ao encontro dos objetivos. Finalmente, foram retiradas do texto as Unidades de Contexto (UC) que são partes literais das falas dos sujeitos, que atendem aos pressupostos determinados (BARDIN, 2009).

As UC e UR foram organizadas em uma tabela (APÊNDICE 3) para que cada unidade de contexto tivesse sua unidade de registro e, então, pudesse dar um título genérico que englobasse todas elas, esses títulos são as categorias descritas no item 4 desta pesquisa (BARDIN, 2009).

Por fim, procedeu-se com o tratamento dos resultados obtidos e interpretação desses conjuntos, cotejando com a literatura para posteriores inferências do pesquisador em suas considerações finais (BARDIN, 2009).

Após o estabelecimento das frequências, fez-se o agrupamento destas, que é uma forma de organizar o documento, por meio de classificação. Os elementos

passaram a formar conjuntos e a cada conjunto se deu um título, de forma que represente todos os seus elementos constitutivos (BARDIN, 2009).

O pesquisador deve ainda atentar para a importância quantitativa e qualitativa de um tema. Os temas de importância serão os que possuem uma maior frequência, ou seja, os que mais aparecem e respondem ao objetivo inicialmente proposto. No entanto, qualitativamente importam, ao pesquisador, temas que respondam aos objetivos, mesmo que não possuam importância quantitativa (OLIVEIRA, 2008).

Após esses procedimentos, emergiram as categorias e subcategorias temáticas, conforme QUADRO 2.

	CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS
4.2	A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem	4.2.1	A vivência da violência provocada pelo paciente com transtorno mental à equipe de Enfermagem
		4.2.2	A percepção do profissional de enfermagem da violência presenciada perpetrada pelo paciente com transtorno mental
		4.2.3	Violência autoinfligida, verbal e física cometida pelo paciente com transtorno mental
		4.2.4	Situações que levam a equipe de enfermagem ser agredida pelo paciente com transtorno mental
4.3	Sentimentos e atitudes no cuidado ao paciente com transtorno mental em face ou não de violência sofrida	4.3.1	Discriminação para com o paciente com transtorno mental
		4.3.2	Medo do paciente com transtorno mental
		4.3.3	Recusa em atender o paciente com transtorno mental
		4.3.4	Raiva após a agressão sofrida
		4.3.5	Pesar e inconformidade por ter sido agredido

QUADRO 2 – SÍNTESE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS QUE TRATAM DA APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

FONTE: O autor (2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse item, apresentamos inicialmente a caracterização dos sujeitos que participaram deste estudo e, na sequência, os dados que emergiram das entrevistas, organizados em duas categorias (QUADRO 3):

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

A partir dos dados da caracterização dos sujeitos desta pesquisa, percebe-se que o menor tempo de trabalho na área de Enfermagem dos profissionais foi de três anos e nove meses e o maior tempo era vinte e oito anos, perfazendo uma média geral de dez anos e meio de exercício na profissão.

Nessa perspectiva, encontramos na literatura que quanto maior for o tempo de atuação na enfermagem, menor o risco de que seja vítima de violência, pois sua capacidade de previsão do ato, baseado no comportamento do paciente, faz com que o profissional possa planejar o manejo com a situação (ABDALLA-FILHO, 2006; MANTOVANI *et al.*, 2010; TELLES; FOLINO; TABORDA, 2011). Isso pode justificar os achados desta pesquisa, conforme apresentado na categoria um quando os profissionais, em sua maioria, relatam que nunca sofreram violência durante o cuidado prestado ao paciente com transtorno mental.

A seguir, no QUADRO 3, estão as categorias temáticas que emergiram após análise do conteúdo das entrevistas, com suas respectivas frequências absolutas e relativas.

ITEM	CATEGORIAS	nº e % UR / CATEGORIA
4.2	A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem	474 63%
4.3	Sentimentos e atitudes no cuidado ao paciente com transtorno mental em face ou não de violência sofrida	280 37%

QUADRO 3 - CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS:
QUANTIDADE/PERCENTAGEM DAS UNIDADES DE REGISTRO
POR CATEGORIA

FONTE: O autor (2011).

Esta pesquisa tratou da violência sofrida pelos profissionais da equipe de enfermagem do PA advinda de paciente com transtorno mental, no desempenho do cuidado. Todavia, quando solicitado aos sujeitos que relatassem sobre a vivência da violência a maioria se referiu a pacientes com distúrbios orgânicos, a familiar ou, mesmo, a acompanhante dos pacientes, e poucos sobre o paciente com transtorno mental.

Dessa forma, a Figura 1 demonstra, esquematicamente, como ocorreu a vivência de violência dos profissionais de enfermagem na sua prática.

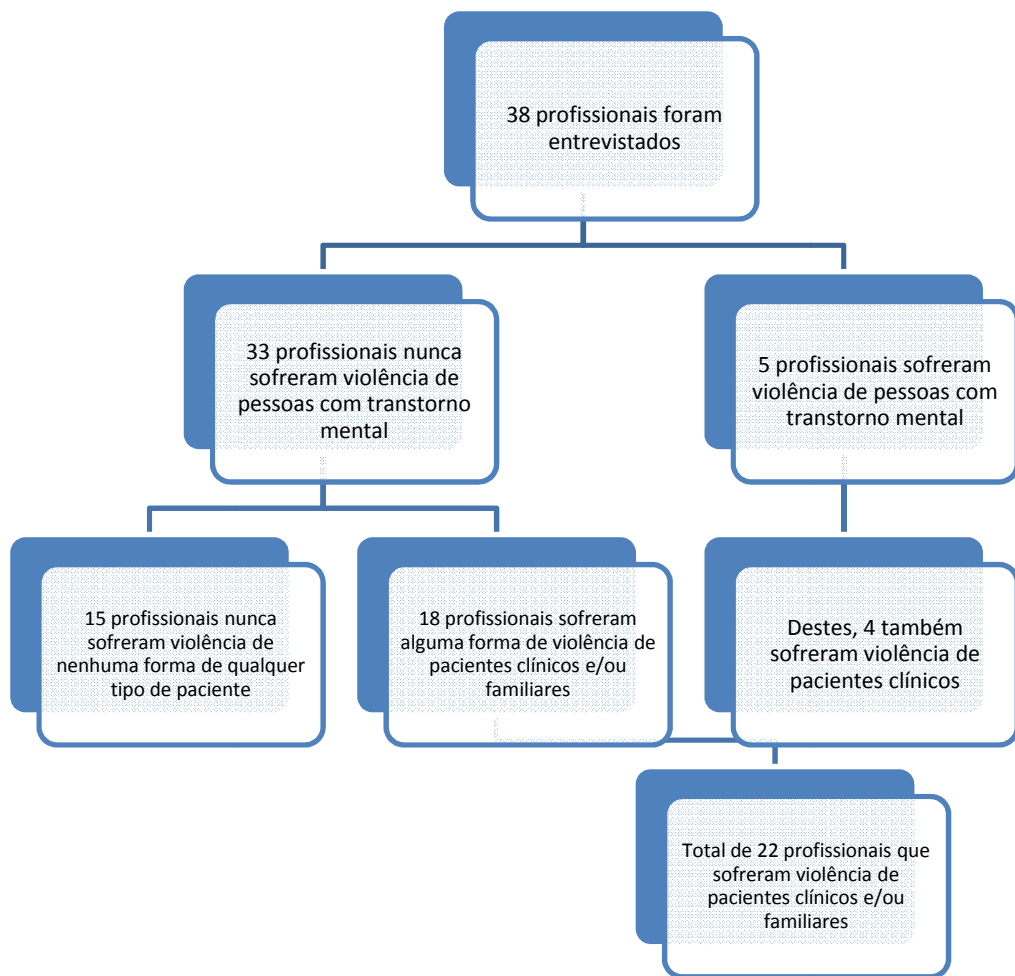


FIGURA1- ESQUEMA GRÁFICO DA VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FONTE: O autor (2011).

4.2 A VIOLÊNCIA COMETIDA PELO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL À EQUIPE DE ENFERMAGEM

No relato da vivência de violência provocada pelo paciente com transtorno mental na sua trajetória profissional, seja por terem sido vítimas ou por presenciarem o ato, dos 38 entrevistados, cinco relataram que já haviam sofrido violência advinda de pacientes com transtorno mental e 33 que nunca tiveram tal experiência. Dos 33 sujeitos, 15 referiram que nunca sofreram nenhum tipo de violência advinda de qualquer paciente e um deles mencionou que presenciou um colega ser agredido por um paciente com transtorno mental.

Nunca sofri nem presenciei colega sendo agredido por paciente com transtorno mental (A.11).

[...] nunca fui agredido fisicamente, já chegou perto de acontecer a agressão, mas [...] nunca chegaram a me bater ou me apertar (A.19).

Comigo não aconteceu nenhuma vez, nem violência física, nem verbal de nenhum tipo de paciente (A.20).

Nunca fui agredida, talvez alguma situação de segurar mais forte na mão, quando a gente tenta fazer algum procedimento, ou de ele recusar a tomar alguma medicação, mas agredir não (T.1).

Eu não vivenciei casos de violência de paciente com transtorno mental, só os que as colegas contam, mas eu não vivenciei nada relacionado à violência (E.1).

São casos esporádicos, mas na minha experiência profissional, nunca vivenciei nada grave em relação à agressão de portador de doença mental à equipe (E.5).

Foram cinco os sujeitos que relataram a vivência direta ou presenciaram um colega sofrer violência cometida pelo paciente com transtorno mental. Isso leva a considerar que a violência advinda desse paciente se traduz em um mito socialmente construído e nutrido, no qual se acredita que a pessoa com transtorno mental é violenta e perigosa.

O elevado número de não-violência referida pelos sujeitos deve ser considerado, pois ao analisar estudos anteriormente realizados, que abordaram a temática de cuidado ao indivíduo com transtorno mental, nota-se que os sujeitos o consideraram violento e perigoso (PAES, 2009; KONDO *et al.*, 2011).

No mesmo local em que essa pesquisa foi realizada, anteriormente foi desenvolvido um estudo cujos sujeitos foram 27 profissionais de enfermagem e que teve como objetivo apreender a percepção deles sobre o cuidado desenvolvido ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Pronto Atendimento. Os participantes afirmaram que empregavam a contenção antecipadamente para o paciente com transtorno mental, com o intuito de evitar que ele cometesse violência contra a equipe, o acompanhante ou mesmo contra si próprio (PAES, 2009).

Conquanto, a violência do paciente com transtorno mental ocorra contra a equipe de enfermagem, pelos dados obtidos por esta pesquisa, a violência cometida por esses pacientes foi encontrada em proporções ínfimas se comparada à violência endereçada aos profissionais, remetida por outros pacientes.

Esses dados coadunam com o encontrado na literatura de que o portador de transtorno mental não produz mais violência que qualquer outro paciente e que essa afirmação propagada constitui um estigma imputado à pessoa com transtorno mental, sendo, portanto, uma forma de violência contra ela (GATTAZ, 1999; MONTEIRO, SOUSA, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2007; NUNES; TORRONTÉ, 2009; BERTOLOTE, 2009).

No que concerne ao estigma ou mito socialmente construído acerca do paciente com transtorno mental, ao longo da história esse indivíduo foi denominado “louco”, “doente mental” e considerado perigoso, improdutivo, delinquente e causador de desordem social, sempre de forma pejorativa (MENDONÇA, 2005). Por tais motivos citados, a pessoa com transtorno mental foi excluída do convívio em sociedade.

O enclausuramento da pessoa com transtorno mental em manicômios e hospícios foi a solução encontrada pela sociedade como medida de segurança para os que conviviam com ela, bem como para manter a ordem e o bem-estar social. Essas medidas eram mantidas e asseguradas pela exclusão dos indesejados, assim, a pessoa com transtorno mental carrega consigo esse estigma ao longo da história (MENDONÇA, 2005).

No concernente à vivência da violência presenciada contra a equipe de enfermagem, dez sujeitos responderam que nunca presenciaram a agressão de paciente com transtorno mental contra a equipe, porém dois relataram histórias que ouviram sobre esse tipo de violência, apesar de nunca a terem presenciado.

[...] nunca vi um paciente [...] realmente violento bater [...] isso eu nunca cheguei a ver, só história que contam, mas nunca vi (A.7).

Violência de paciente que bateu, nós sabemos de histórias de paciente que agrediu [...] mas, eu nunca vi (A.2).

Violência contra a equipe não me lembro de ter acontecido, eu nunca presenciei (A.22).

Nunca presenciei agressão contra a equipe (A.24).

Pode-se observar que a violência praticada pelo paciente com transtorno mental é mais inferida do que realidade concreta, portanto tanto o medo quanto o preconceito é maior que a violência em si. Isso se pode afirmar, pois, dos 38 sujeitos entrevistados, 33 relataram que nunca sofreram violência advinda desse paciente.

Nesse sentido, em estudos, sobre o cuidado promovido ao paciente com transtorno mental, os sujeitos legitimam o uso de contenção mecânica como um meio de evitar que o paciente possa agredir as pessoas ao seu entorno (PAES, 2009; KONDO *et al.*, 2011). Destarte, a máxima, do paciente como perigoso e violento, construída e nutrida socialmente, tanto no imaginário leigo como nos profissionais de saúde, não se aplica a essa realidade estudada.

O estigma de violento e perigoso, socialmente e historicamente imputado ao indivíduo com transtorno mental, é definido como uma cicatriz que acaba por tornar uma pessoa marcada, diferente de outras. O estigmatizado passa a ser diminuído mediante seus semelhantes, como se fosse portador de uma desvantagem. Assim, toma-se a parte pelo todo e a pessoa acaba por se tornar o defeito, sendo desqualificada por isso (NAFFAH NETO, 1998; NUNES; TORRONTÉ, 2009).

Pode-se afirmar que imputar a esse paciente o rótulo de perigoso e violento é uma questão intimamente ligada à forma preconceituosa de tratar esse indivíduo. Entretanto, dados científicos refutam os empiricamente postulados. Foi baseado nesse modo de pensar que se teve a necessidade de criar espaços onde essas

peças fossem alocadas, que por outro lado as excluam do convívio social (NUNES; TORRONTÉ, 2009).

A estigmatização, em muitos casos, não conta com fatos reais, mas com juízos de valor, suposições ou mesmo histórias fantasiosas advindas do pensamento e não de algo que realmente aconteceu, o que pode ser interpretado como uma forma de violência silenciosa praticada contra o indivíduo com transtorno mental (GATTAZ, 1999; NUNES; TORRONTÉ, 2009).

Observa-se isso nos dados desta pesquisa, que dos 38 sujeitos entrevistados somente cinco foram vítimas de violência praticada por um paciente com transtorno mental. Assim, observa-se que a construção social do indivíduo em sofrimento psíquico como violento e perigoso pelos que desenvolvem atividades junto a ele, como no caso da equipe de enfermagem, é reafirmada como um estigma que se imputou contra esse indivíduo.

Pode-se dizer que a mídia tem contribuído para a perpetuação do estigma da pessoa com transtorno mental como violento quando veicula notícias de crimes causados por esses sem, no entanto, fazer a apuração dos fatos reais. Dessa forma, o imaginário leigo, que confere a este o rótulo de violento, é alimentado. Pesquisas têm comprovado que o indivíduo tido como normal comete o mesmo tanto ou mais violência que aquele com transtorno mental, ou ainda o indivíduo em sofrimento psíquico é propenso a ser mais vítima que causador de violência (GATTAZ, 1999; GOODMAN *et al.*, 1999; OMS, 2001; MONTEIRO; SOUZA, 2004; TEPLIN *et al.*, 2005; DINIZ; KRELLING, 2006; CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008; BERTOLETE, 2009; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Nesse contexto estigmatizante, no qual a sociedade faz permanecer o rótulo imputado à pessoa com transtorno mental, também são incluídos os profissionais de saúde que violentam esse indivíduo por sua condição, negligenciando cuidado ou acobertando ações desse tipo, reafirmando a condição de não-sujeito a que este foi brutalmente condenado (GATTAZ, 1999; NUNES; TORRONTÉ, 2009).

Em estudo realizado por Nunes e Torronté (2009), observou-se que o estigma contra a pessoa com transtorno mental é conferido também por profissionais de saúde que a atende, dentre eles a equipe de enfermagem. Ainda no referido estudo, os sujeitos afirmaram que a Reforma Psiquiátrica concedeu muitos direitos a esse indivíduo e a sociedade não está pronta para receber essas pessoas.

Figurando o estigma, também, uma forma de violência contra o indivíduo a quem é dirigido.

Outro estudo, que se utilizou das representações sociais de enfermeiros psiquiátricos sobre o atendimento ao paciente agressivo, demonstrou que no imaginário desses profissionais o paciente é considerado violento. Uma forma de se desfazer desse estigma socialmente estabelecido é a discussão entre a equipe sobre os motivos que levaram o paciente a se tornar agressivo. Tais discussões seriam uma forma de reelaborar suas representações no que se refere a esse paciente, uma vez que suas formas de pensar influenciam diretamente em seu agir perante o paciente (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Apesar da existência de fatos em que a violência esteja ligada à pessoa com transtorno mental, esse número é pequeno, portanto não justifica conferir a esse indivíduo o caráter de violento (WALSH; BUCHANAN; FAHY, 2002; FRIEDMAN, 2006). Todavia, percebe-se, pelos estudos desenvolvidos por Paes (2009) e Kondo *et al.* (2011), que os profissionais de enfermagem tendem a classificar o paciente com transtorno mental como violento e, devido a isso, os cuidados primários que realizam com esses pacientes são aqueles referentes à contenção física e à medicação, mesmo sem o paciente apresentar alterações psíquicas significativas. Os resultados desses dois estudos demonstraram que a relação pessoa com transtorno mental e violência está introjetada no imaginário dos profissionais de saúde.

O relato de A.28 informa que ele nunca sofreu violência, pois consegue prever a iminência do ato violento e, desse modo, tomar medidas de precaução para não ser atingido pelo paciente agressivo.

Nunca sofri violência porque tomo os devidos cuidados, por exemplo, quando vou atender um paciente agressivo tiro o meu óculos, quando vou conter o paciente, porque eu sei que ele pode me atingir, então eu procuro uma posição que ele não consiga me atingir, mas já tentaram me agredir, mas prevendo, a gente consegue saber o que pode acontecer (A.28).

Coaduna com o encontrado na literatura, o relatado por A.28, de que a fim de prevenir que a violência no ambiente de trabalho ocorra devem ser reconhecidos

os indícios do ato violento para que se possa evitá-lo. Há que se atentar para a condição do paciente como um todo e não somente para seu quadro clínico, observando fatores individuais e históricos de agressividade desse indivíduo. Todavia, essa previsão deve ser cautelosa, pois nem sempre é tarefa fácil, uma vez que se pode rotular determinados pacientes como violentos (OIT, 2002; CHOE, TEPLIN, ABRAM, 2008).

Sobre a previsão de violência contra a equipe de enfermagem, a literatura aponta alguns locais de trabalho como aqueles que oferecem perigo aos profissionais que, com maior frequência, podem se tornar vítimas de violência: instituições situadas em zonas de grande violência social; instituições mais isoladas; aquelas que possuem baixo quantitativo de recursos humanos; as que funcionam em culturas que toleram a violência ou trabalham sob intimidação e as que possuem uma comunicação deficiente entre a equipe e não possuem boa relação interpessoal (OIT, 2002).

Importante ao avaliar um caso de violência contra profissionais de saúde é analisar se o evento poderia ter sido evitado, porém a pouca qualificação profissional para a previsão de incidentes violentos contra a equipe faz com que a violência ocorra. A falta de formação específica para atuação em saúde mental é preocupante, pois os profissionais menos experientes são os mais atingidos por investidas do paciente violento (ANTONIUS *et al.*, 2010).

Estudo de caso, realizado sobre paciente com esquizofrenia com histórico de agressividade, uso de álcool e outras drogas, auto e hetero agressividade, mostrou baixa tolerância à frustração, entre outros diagnósticos. Com o intuito de discutir a previsão de violência advinda do paciente, foi relatada a agressão do paciente contra a equipe de enfermagem e médica, pelo despreparo para o atendimento a esse tipo de situação e devido à equipe não conseguir prever esse tipo de comportamento do paciente (ANTONIUS *et al.*, 2010).

Uma vez reconhecidos os tipos de serviços que correm risco de terem seus profissionais vitimizados pela violência no desempenho do cuidado, há que se tomar conhecimento sobre quais os possíveis causadores de violência à equipe de saúde. Esses possíveis autores podem ser pacientes com histórico de violência, usuários de álcool e drogas, pacientes com transtorno mental grave sem um diagnóstico preciso e tratamento adequado. Assim, os sinais que predizem a agressão podem

ser postura e atitude agressiva ou hostil, manifestação de descontentamento, irritação e frustração e alteração do tom de voz em situações tensas (OIT, 2002).

Alguns sinais podem predizer a violência advinda do paciente com agitação psicomotora, os quais devem ser prontamente reconhecidos e valorizados pela equipe de profissionais. São eles: intoxicação por álcool e outras drogas, confusão mental, delírios e alucinações paranoides, ameaças explícitas de violência, hiperatividade motora e ataques ao mobiliário ou outros objetos (AVILA *et al.*, 2002).

Deve-se levar em consideração que ainda não se compreende adequadamente o complexo fenômeno da violência no local de trabalho, é necessário fazer esforços para preveni-lo e/ou controlá-lo, uma vez que afeta a todos, direta ou indiretamente (MERCHANT; LUNDELL, 2000).

A observação diária e contínua pela equipe de enfermagem, que presta cuidados ao paciente, pode ser determinante para prevenir a violência, visto que se tem condições de identificar indícios de comportamentos agressivos. Deve-se considerar que o desfecho com atos agressivos pode trazer consequências psicológicas para o profissional (NEWHOUSE, 1997; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Em ocasiões de agitação psicomotora, os membros da equipe de enfermagem, que prestam atendimento ao paciente, devem agir de forma que o paciente não se altere ainda mais. Com esse intuito a comunicação terapêutica tem papel fundamental, pois colabora para diminuir ou dissipar o comportamento violento do paciente. A abordagem empática, com demonstração de preocupação com o estado do paciente, faz com que este se sinta cuidado e aceite mais facilmente o atendimento e as orientações propostas (ESTELMHSTS *et al.*, 2008; SMELTZER *et al.*, 2009; KONDO *et al.*, 2011).

Os relatos dos sujeitos, a seguir, demonstram a necessidade de se estabelecer a comunicação com o paciente sem ser impositivo, para que o paciente não se sinta agredido e venha a revidar a agressão recebida. Afirmam que a violência recebida pode ser desencadeada pela forma como o profissional o aborda, principalmente, se o paciente já tem um comportamento agressivo.

Tem muitos pacientes que se você conversar, ele se acalma. Têm pacientes que se você fizer contenção eles vão ficar mais violentos ainda. Isso vai depender de como você o trata, e depende se você fica aguçando e instigando ele vai ficar até

mais agressivo. Se aguçar dizendo 'se você não ficar quieto, eu vou te amarrar mais', isso deixa a pessoa muito mais irritada (A.12).

O paciente psiquiátrico é diferente do paciente com transtorno mental por patologia clínica. A enfermagem tem que atender ele diferente, tem que ter um olhar diferente [...] porque quando o paciente está confuso, não adianta a enfermagem querer manter a mesma postura, com um paciente que está lúcido, nesse caso, você vai orientar [...] não tem que ir para cima do paciente ou ele vai ficar agressivo, tem que tentar acalmar o paciente conversando (T.4).

No caso do paciente psiquiátrico [...] quando você tenta convencê-lo e explicar bem o porquê de alguns procedimentos, eu acho que às vezes, mesmo não querendo ele vai. Agora se você quer impor aí que eles não gostam [...]. Quando ele é contrariado é que percebo [...] que a violência é desencadeada, [...] pela forma como você chega para abordar a pessoa. Ninguém chega se impondo, tem que ser com jeito chamando [...]. Porque se você chegar agredindo, [...] impondo para uma pessoa que já tem um comportamento agressivo, a tendência é que ela reaja da mesma forma (A.22).

Por outro lado, quando o profissional tem cautela na abordagem, faz uma comunicação prévia com o paciente como meio de acalmá-lo e orientá-lo sobre a situação e procedimentos que serão realizados, o paciente se acalma.

Mas a gente se cuida porque [...] eu acho que tem que ir com um pouco de cautela, não dá para chegar e ir dando ordem para pessoa. Tem que chegar com jeito, com carinho [...] porque se o paciente estiver no limite, ele vai responder mal, mas se você chegar mais calma ele vai reagir da mesma maneira (T.5).

Em seus relatos A.22 e T.5 tratam da necessidade de se estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente, na tentativa de uma abordagem correta para que este possa compreender qual é o papel da equipe que o atende.

O atendimento ao indivíduo em crise deve estar pautado por dois eixos propostos pela abordagem em saúde mental: a postura profissional e o preparo para o reconhecimento da necessidade de intervenção, como estratégia de ensino-aprendizagem, ainda na universidade (RODRIGUES, *et al.*, 2010).

No que se refere à postura profissional é necessário ouvir efetivamente o que o indivíduo em crise diz e dar importância à fala dos familiares, compreender e reconhecer o outro como pessoa que necessita de cuidado e atenção, respeitar o paciente em seu momento de crise e reconhecer que sentimentos como raiva e medo são normais numa situação de crise (RODRIGUES, *et al.*, 2010).

Assim, a relação de cuidado que se estabelece entre enfermeiro e/ou equipe de enfermagem e paciente em muito se deve ao processo de comunicação entre ambos. Neste o enfermeiro tem papel fundamental, uma vez que suas atividades desenvolvidas junto ao paciente não são somente execução de técnicas, mas ações que denotam um cuidado mais abrangente (PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008).

Na relação de cuidado, encontra-se o processo de comunicação, um instrumento elementar para a enfermagem no desempenho de suas atividades com o paciente. A comunicação deve ser utilizada, uma vez que tem como função possibilitar ações como informar, apoiar e ainda atender às necessidades básicas do paciente (PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008). Em sua prática, o enfermeiro utiliza a comunicação como meio de aperfeiçoar e desenvolver suas habilidades, seus saberes e fazeres (SILVA *et al.*, 2000).

O processo de comunicação, característico dos seres humanos, promove a interação e a compreensão do que um indivíduo quer comunicar aos outros. Possibilita compartilhar angústias e inseguranças, permite auxílio ao outro e satisfação das necessidades numa relação de troca. Na relação paciente e enfermeiro, esse profissional percebe o outro como ser que carece de cuidados e se identifica como prestador de um cuidado individualizado que venha a atender às necessidades de quem dele necessita (MORAIS, *et al.*, 2009).

Com o passar do tempo, evoluções foram percebidas na relação de cuidado entre enfermeiro e paciente, que passou de monológica à dialógica e, assim, a contar mais com a participação do paciente em seu cuidado como forma de empoderá-lo nesse processo (PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008).

A comunicação terapêutica tem como objetivo proporcionar uma relação que oportunize um relacionamento efetivo, que venha dar conta de atingir os objetivos do cuidado de forma global. O cuidado, direcionado a cada indivíduo, respeitando suas especificidades, ainda permite mudanças, baseadas nas necessidades identificadas pelo enfermeiro, que venham ao encontro dos anseios de bem-estar do paciente (PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008).

Configura-se, portanto, a comunicação terapêutica como uma forma positiva de usar conhecimentos e habilidades, pelo profissional, para ajudar o paciente em sua dificuldade transitória ou mesmo no processo de adaptação para convivência com outras pessoas e enfrentamento de situações que possam lhe causar angústia (NEGREIROS *et al.*, 2010).

Assim, o enfermeiro ajuda o paciente no enfrentamento e busca por solução para determinada situação, uma vez que o empodera, tirando-o da condição de ser passivo, que a hospitalização lhe confere, tornando-o ativo em seu processo de recuperação (MORAIS *et al.*, 2009).

A capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem para o atendimento ao indivíduo em situação de crise é condição precípua para que o cuidado seja de qualidade. Levando em consideração que uma situação como essa não tem local ou hora para acontecer, é possível que o pronto atendimento seja um cenário de sua eclosão, o que requer dessa equipe capacitação para o atendimento a esse indivíduo (ESTELMHSTS *et al.*, 2008).

Para que o atendimento na crise seja efetivo, a equipe de enfermagem deve trabalhar em sintonia mantendo uma comunicação clara e livre de contradições, dar importância à afetividade no atendimento, sistematização da assistência, autocrítica e avaliações periódicas das ações do desempenho da equipe durante esse atendimento (MONTEIRO, SOUZA, 2204).

Nessas situações, a abordagem primando pelo respeito à pessoa em sofrimento psíquico deve ocorrer, assim como o cuidado com o ambiente, para que não cause estímulos desagradáveis ao paciente e se tenha a garantia da segurança da equipe, com o afastamento de objetos que possam ser usados pelo paciente como arma (ESTELMHSTS *et al.*, 2008; GALLEGO *et al.*, 2009; SMELTZER *et al.*, 2009; BARROS, 2010).

A apresentação da equipe de enfermagem é importante, porque assim o paciente saberá que quem o atende se trata de um profissional de saúde. Antecipar o que será feito em seguida é imprescindível, pois o paciente pode compreender o que vai acontecer em seguida; caso isso não ocorra, as atitudes da equipe podem ser compreendidas como ameaça e sua reação pode ser a agressão (GALLEGO *et al.*, 2009; SMELTZER *et al.*, 2009).

Deve-se ter cuidado para não confrontar o paciente em situação de agitação, pois pode fazer com que o indivíduo, por seu pensamento desconexo, compreenda

a situação como uma ameaça e reaja de forma violenta contra a equipe (GALLEGO *et al.*, 2009; SMELTZER *et al.*, 2009; BARROS, 2010).

Ao contrário do imaginário popular ou mesmo dos profissionais da equipe de enfermagem, quadros de agitação psicomotora não são preditores de violência, pois em muitas situações o paciente apresenta agitação, mas o ato não culmina com a violência contra a equipe que o atende (GALLEGO *et al.*, 2009; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010). Contudo, a violência endereçada à equipe de enfermagem, por um paciente em agitação psicomotora, pode ocorrer (GALLEGO *et al.*, 2009).

4.2.1 A vivência da violência provocada pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem

A vivência da violência cometida pelo paciente com transtorno mental durante a sua trajetória profissional na enfermagem foi relatada pelos sujeitos A.14, E.4, A.8, A.22 e A.23. Eles relataram que a agressão ocorreu durante a administração da medicação, pois ao ver a seringa na mão do profissional o paciente desferiu golpes contra este. A violência durante a realização da contenção mecânica ou em defesa do colega de trabalho das investidas do paciente foi lembrada, por A.22, ao dizer que o paciente fica mais irritado com a situação e, por isso, desferiu golpes contra a equipe:

Uma vez chegou de madrugada um paciente psiquiátrico trazido pela família [...]. Ele era enorme, estávamos eu e o residente de medicina. A outra colega tinha [...] ido à farmácia e os outros colegas estavam descansando [...]. Tinha que administrar haldol® rápido, quando ele viu a seringa na minha mão [...] me deu um chute no peito, bati contra a parede e caí [...] foi um horror (A.8).

Lembro-me de um paciente que precisamos de uns cinco ou seis homens para segurar, porque as colegas não conseguiam. Eu estava segurando a perna direita do paciente e tinha outros dois segurando a perna esquerda e outros dois segurando no braço, no tórax, segurando a cabeça para não se machucar e um tentando puncionar a veia para fazer algum medicamento para sedar. Fiquei prestando atenção na agulha para que não

machucasse o paciente nem a equipe e num descuido, quando eu vi o joelho dele já tava no meu rosto, fiquei até com hematoma (A.14).

[...] o paciente veio por trás para tentar pegar o médico [...] eu entrei [...] para proteger (o médico), e fui empurrar o paciente; eu com um metro e sessenta e cinco, e ele tinha mais de um metro e noventa [...] aí ele começou a esfregar minha mão no muro, porque tentei segurá-lo [...] depois disso não tinha mais acordo com ele, não tinha conversa. Aí ele descompensou de vez, ficou completamente em surto e tivemos que chamar apoio policial para poder fazer a contenção física (A.22).

[...] eu estava atendendo um paciente, administrando medicamento, ele olhou para minha cara e me bateu. Ele veio encaminhado do hospital psiquiátrico. Tentou suicídio, pegou um pedaço de vidro e fez um corte abdominal com evisceração, veio para o hospital geral de trauma e cirúrgico onde eu trabalhava, estava internado e agitadoíssimo (E.4).

[...] passei por uma situação de paciente que desenvolveu depressão pós-parto. A paciente [...] começou a ficar agressiva em casa com a família [...] a princípio disseram que ela ficava meio calada, depois ela começou a ficar agressiva. Quando ela chegou no hospital já estava bem agressiva [...] a equipe teve que se ajudar, para conter e puncionar a veia [...] a paciente acabou levando o braço e foi no meu rosto, eu fiquei com o rosto alguns dias meio roxo (A.23).

Remonta à história da psiquiatria que o indivíduo com transtorno mental quando da institucionalização passou a ser considerado uma “mente doente”, assim os cuidados para esse indivíduo se restringiam à sua doença e não ao seu corpo. Contudo, é necessário dar importância às expressões corporais desse indivíduo e se preocupar com o que as nossas expressões podem significar para esse paciente, quando se procede com uma intervenção como administrar medicação, prestar cuidados com a higiene, entre outras (MONTEIRO, SOUZA, 2204). No relato de A.8 e E.4, a situação pode ter sido analisada pelo paciente como um perigo iminente à sua integridade física.

Em situações nas quais o indivíduo se sinta acuado e que o sentimento de medo sobrevém, uma das reações naturais do ser humano é reagir com agressividade como mecanismo de defesa para aquilo que lhe cause ameaça (MAY, 1974; DADOUN, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; GUYTTON; HALL, 2009).

Nas situações em que um paciente com transtorno mental é admitido em franco delírio em um Pronto Atendimento e há necessidade de realizar a contenção medicamentosa e a equipe de enfermagem que presta esse cuidado não age de forma terapêutica, a reação desse paciente com a equipe pode ser de violência. Isso porque o indivíduo poderá reconhecer esse cuidado como uma ameaça à sua integridade física (CAMPELLO, ARRIBAS, 2010).

Quando a equipe não é capacitada e não sabe como proceder em situações de emergências a um paciente que apresenta delírio ou agitação psicomotora, a reação do paciente é percebida por esses profissionais como violência gratuita e não em decorrência de seu transtorno (CAMPELLO, ARRIBAS, 2010).

Um dos sujeitos pontuou que sofreu agressão advinda do paciente com demência durante o procedimento de punção venosa, mas afirmou e externou dúvidas quanto à conceituação de demência, pois não sabia se demência era caracterizada como um transtorno mental.

Teve um caso que quando eu cheguei a paciente já estava aqui [...] ela estava no consultório e eu fui lá fazer uma medicação, fui puncionar, não lembro exatamente, e ela se alterou, ficou bem agitada e grudou no meu braço e me arranhou [...] era uma demência, não sei se tinha transtorno mental, mas acho que demência é transtorno, não é? (A.3).

Durante as entrevistas, pôde-se observar que a maioria dos sujeitos apresentava dúvida quanto à avaliação do paciente que agrediu a um colega ou a ele próprio, essa dúvida se pautava em se o referido paciente era ou não um portador de transtorno mental. Levando em consideração que no imaginário social ações do porte da violência são consideradas uma atitude de alguém que não esteja com suas faculdades mentais preservadas, é que pode fazer com que os profissionais entrevistados identificassem esse comportamento violento como uma ação advinda de um paciente com transtorno mental.

Isso se pôde comprovar no desenrolar das entrevistas, pois inicialmente os sujeitos afirmavam categoricamente terem sido vítimas ou presenciado agressão advinda de um paciente com transtorno mental. Contudo, quando os fatos de violência vivenciada eram narrados na íntegra, pôde-se perceber que o paciente a

que se referiam como portador de transtorno mental era paciente com sequelas neurológicas de doenças orgânicas, como o acidente vascular encefálico, a encefalopatia hepática, entre outras mencionadas pelos sujeitos.

Com relação à demência, citada por A.3 e questionada por ele se é considerada ou não um transtorno mental, este quadro é considerado um transtorno de origem orgânica e não mental (SMELTZER *et al.*, 2009; CAMPELLO, ARRIBAS, 2010).

A demência é um acometimento neurológico com potencial degenerativo, perda e alteração das funções cognitivas capaz de gerar distúrbios de comportamentos afetivos, fazendo com que o paciente possa agredir as pessoas que estão ao seu entorno, como a equipe de enfermagem quando do desenvolvimento de cuidados a esse paciente (SMELTZER *et al.*, 2009; CAMPELLO, ARRIBAS, 2010). Isso faz com que seja confundida com transtorno mental, conforme se pode perceber no decorrer das entrevistas deste estudo, como anteriormente esclarecido.

Todavia, cabe lembrar que muitos distúrbios de ordem neurológica podem desencadear transtorno mental. O mecanismo fisiopatológico de como se processa essa alteração ainda não é claramente conhecido, somente sabe-se que é passível de ocorrer. Alterações como sintomas depressivos, confusão mental e agitação psicomotora e mesmo psicoses graves podem ser observadas. O crescente aparecimento de situações como esta faz com que estudos direcionados à neurologia aplicada à psiquiatria sejam desenvolvidos de forma crescente na atualidade (CAFAGNE; CASTRO; ARAÚJO FILHO, 2010).

4.2.2 A percepção do profissional de enfermagem da violência presenciada perpetrada pelo paciente com transtorno mental

Apesar de 33 sujeitos terem referido que nunca sofreram violência praticada pelo paciente com transtorno mental e, ainda, 15 desses nunca terem sofrido violência de paciente acometido por outra patologia ou agravo, 19 descreveram sua percepção da vivência sobre o fato, ao terem presenciado um colega sofrer a violência.

Houve relatos de violência, advinda de paciente com transtorno de esquizofrenia com exacerbação dos sintomas psicóticos, ocorrida durante a realização de procedimentos como a punção venosa. A violência ocorreu em situações nas quais o paciente se encontrava agitado e a aproximação da equipe foi abrupta sem que fosse estabelecido algum tipo de comunicação prévia.

No meu outro trabalho, na unidade 24 horas, tinha uma colega que teve o dedo fraturado por uma paciente psiquiátrica. Não sei bem o que aconteceu, mas ela foi para cima da paciente sem tentar conversar primeiro aí a paciente que pegou o dedo dela e quebrou. Era uma paciente psiquiátrica [...] que falava sozinha e já tinha histórico de psiquiatria (T.4).

Eu já presenciei [...] violência contra a equipe por paciente psiquiátrico [...]. Quando fiz estágio no hospital psiquiátrico um paciente [...] atacou uma médica que ia passando pelo corredor, pegou no pescoço e bateu a cabeça dela numa coluna de concreto, aí todo mundo correu para ajudar [...] e conseguiram imobilizar o paciente. Esse paciente era esquizofrênico e a equipe disse que ele estava em crise (A.1).

Já aconteceu de um colega que trabalha aqui ser agredido de paciente psiquiátrico. [...] num outro caso, tinha uma paciente que era psiquiátrica e não deixava puncionar, eu amarrei o pé dela, para poder fazer a punção venosa e medicar e ela ficava agredindo verbalmente, ameaçando de bater [...]. Tinha momentos que a gente achava que ela fazia aquilo sabendo o que estava fazendo, mesmo ela sendo psiquiátrica ela estava consciente do que estava fazendo (A.5).

[...] já faz algum tempo, o paciente agrediu uma colega de trabalho [...]. Eu me lembro que foi aquele grito e a gente correu para ajudar, o segurança da frente não conseguia segurar o paciente [...] esse era um paciente psiquiátrico [...] parece que ela foi puncionar a veia para fazer a medicação [...] aí ele ficou agressivo e bateu nela (A.13).

No que concerne à fala de A.1, sobre a agressão praticada por um paciente com esquizofrenia a um membro da equipe de saúde, a literatura traz que os pacientes mais propensos a demonstrarem um comportamento violento são os usuários de drogas e álcool ou em abstinência e portadores de transtornos mentais como a esquizofrenia paranoide aguda (SMELTZER *et al.*, 2009; CAMPELLO, ARRIBAS, 2010).

Outro fator desencadeador de atos violentos pode ser o *delírium* característico de longas internações ou o uso de drogas sedativas em ambiente hospitalar e, ainda, a demência, por perda de funções cognitivas e senso de julgamento (DINIZ; KRELLING, 2006).

Transtornos mentais, com sintomas psicóticos como, por exemplo, a esquizofrenia, são considerados graves, pois têm por característica conflitos com a realidade, marcados por alucinações, ilusões e delírios. Por conseguinte, todo o comportamento do indivíduo fica comprometido, visto que sua mente apresenta construções da realidade qualitativamente alteradas, tendo reflexos em seu cotidiano. Desse modo, sua representação da sociedade se dá por meio dos delírios e alucinações que a esquizofrenia provoca, comprometendo sua visão da realidade, o que faz com que esse indivíduo passe a agir guiado pela realidade patológica em que está imerso (BALLONE; ORTOLANI, 2005; SADOCK; SADOCK, 2007; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

No que se refere à agressividade apresentada por pacientes em serviços como o Pronto Atendimento, um estudo apontou que, relacionado ao número de pacientes que apresentam agitação motora e/ou agressão nesses serviços, há prevalência de indivíduos do sexo masculino sob efeito de álcool e outras drogas, sendo poucos os com transtorno mental, como a esquizofrenia ou outros quadros dissociativos (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Outro estudo, realizado por um período de dez anos com 27.000 pessoas portadoras de transtornos mentais, demonstrou que a maior incidência de atos violentos ocorreu quando o paciente tinha diagnóstico de esquizofrenia; e também que grande parte das intercorrências acontecia quando era realizada a contenção mecânica ou em períodos em que se registrava escassez de elementos da equipe de enfermagem (LION, 2007).

Além da Esquizofrenia, outros transtornos mentais são passíveis de tornar o paciente violento, tais como os transtornos de personalidade, cognitivos e uso de álcool e outras drogas. No estudo referido anteriormente, foi evidenciado com destaque como palco das agressões a sala de emergência e o local de recepção do paciente na instituição (LION, 2007; SMELTZER *et al.*, 2009; BARROS, 2010; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

O *delírium tremens* advém da síndrome de abstinência provocada pelo abandono abrupto do consumo de álcool. Pacientes acometidos por essa síndrome

apresentam insônia, irritabilidade, alteração de conduta com extrema agitação psicomotora, alucinações, medo incontrollável, entre outros. Pacientes que apresentam *delirium tremens* podem apresentar alucinações auditivas, táteis, olfativas e visuais, que podem fazer com que esse indivíduo manifeste comportamento violento (SMELTZER *et al.*, 2009).

Anteriormente, foram descritos relatos de profissionais que presenciaram a violência cometida por um paciente com transtorno mental a um colega. Na sequência, são destacados alguns relatos dos sujeitos que presenciaram a violência desferida contra mobiliário e membros da família e os diversos fatores e situações que eles atribuíram como potencializadores do desencadeamento do ato violento. A violência desferida contra o mobiliário da unidade foi lembrada pelos sujeitos em situações nas quais o paciente ficou irritado por não ser atendido ou mesmo por estar sem uso de medicamento e, então, acabou por danificar o mobiliário:

Tinha uma paciente que ia quase todos os dias na unidade. Ela era psiquiátrica mesmo [...]. Quando chegava na recepção, falava [...] 'eu preciso fazer um exame', e nós dizíamos: 'a senhora já fez esse exame' e ela insistia em fazer novamente [...]. Ela era bem agressiva, quando dizia a ela que não era possível consultar ou fazer exames [...] ela pegava uma cadeira quebrava contra a parede [...] e ficava brava, bem alterada, mas não atingia ninguém fisicamente, só verbalmente [...]. Nas visitas domiciliares a gente a via falando baixinho como se falasse com alguém, falava que a casa não podia ficar aberta dizendo 'não, eles vão entrar, eles vão chegar', ela só falava isso (A.12).

[...] tinha uma paciente psiquiátrica que quebrou tudo, puxou os computadores de cima do balcão, porque ela queria medicamento sem receita. Ela chegou em surto [...] estava sem remédio e acabou descompensando, surtando [...] mas não agrediu ninguém, só o mobiliário (A.15).

Os relatos de A.12 e A.15 se reportam ao comportamento agressivo do paciente nas situações em que presenciaram a pessoa com transtorno mental endereçar violência contra o mobiliário, afirmando que a paciente falava sozinha e em outra situação era uma crise por falta de medicamento.

Com relação à agitação psicomotora existem alguns desencadeantes que podem ser classificados como somáticos, psíquicos ou reativos. Nos somáticos há

presença de delírios, alucinações, desorientação espaço-temporal, *delírium*, entre outros. Pode aparecer repentinamente sendo alterado entre períodos de calma e agitação. Alguns dados clínicos como a ausência de antecedentes psiquiátricos, intoxicação, abandono da medicação, fala incoerente, sinais de abuso de drogas podem predizer se a situação teve um desencadeante somático (AVILA *et al.*, 2002; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Retomando o relato de A.12 quando diz que a paciente falava sozinha e mantinha a casa fechada por medo que alguém entrasse. Tem-se na literatura que os desencadeantes psíquicos fazem com que o paciente apresente alterações do nível de consciência e perda de contato com a realidade. Os dados clínicos que caracterizam a agitação psicomotora desse tipo são: alucinações auditivas, euforia e verborragia, interação com delírios e alucinações (AVILA *et al.*, 2002; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Existem transtornos que podem ter desencadeantes psicóticos para a agitação psicomotora como a esquizofrenia, psicose reativa e maníaco depressiva ou mesmo desencadeantes não psicóticos como os transtornos por angústia e ansiedade, conversivos, dissociativos, retardo mental e demência. Os fatores reativos que levam o paciente à agitação psicomotora são: acidentes, perda repentina de um parente próximo, privações sensoriais como, por exemplo, pacientes internados por longo prazo em unidade de terapia intensiva (AVILA *et al.*, 2002; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Houve relato dos sujeitos da vivência da violência cometida pelo portador de transtorno mental contra o familiar, que em algumas situações nas quais iam prestar cuidado de enfermagem esse indivíduo não agrediu a equipe, mas a mãe e o pai:

No meu outro trabalho, na unidade básica de saúde, tinha um paciente psiquiátrico que eu atendia em casa, às vezes ele surtava mesmo [...] a médica prescrevia medicação, e ele não deixava fazer. Ele dizia 'não, ela não vai fazer a medicação em mim, ela quer me matar' [...] ele pensava que a gente fazia medicação na veia para matá-lo [...] ele não agredia a equipe [...] mas a mãe dele, ele chegava a agredir fisicamente, batia na mãe e no pai [...] acho que quando ele ficava assim era por falta de medicação, às vezes ele deixava de tomar a medicação e ficava agressivo. Ele não agredia nem a esposa nem filhos, só os pais (A.12).

[...] um paciente com transtorno mental em surto que eu atendi num outro serviço agrediu a mãe. Ele estava em surto, a mãe era a tutora e pegava todo o dinheiro dele. Ele era aposentado e ela não fazia o que ele queria, não comprava as coisas que ele queria então todas as pessoas da casa podiam entrar, sair e conversar com ele, mas se a mãe se aproximasse ele queria agredir. Ele tava armado [...] com arma branca e não queria deixar a mãe entrar, mas nós conversávamos com ele normalmente do portão e ele dentro de casa com a arma na mão sem agredir ninguém, o problema dele era contra a mãe dele (A.22).

O comportamento violento de um indivíduo com transtorno mental deve ser analisado como em qualquer outra pessoa como uma resposta a sentimentos como raiva, medo ou mesmo impotência perante uma situação. Contudo, deve-se observar que esse comportamento pode ser apresentado e potencializado em indivíduos que fazem uso de álcool e outras drogas tendo, frequentemente, como alvo um familiar, conforme relatado por A.22 (SMELTZER *et al.*, 2009).

Em indivíduos com transtornos como o de personalidade *borderline*, observa-se que ele apresenta um bom convívio em sociedade, mantendo condutas adequadas. Entretanto, eventualmente, ele reage de forma inesperada e exagerada, pois oscila facilmente entre amor e ódio e seu limiar de tolerância às frustrações é extremamente susceptível (BALLONE, 2005a). Seus acessos de fúria e ataques se voltam contra as pessoas de seu convívio sendo os pais, os irmãos, os familiares, suas principais vítimas. Essa reação pode ser desencadeada por trivialidades, porém inadequadas, em desproporcionalidade à intensidade dos estímulos provocadores (STUART; LARAIA, 2001; BALLONE, 2005a; TELLES; FOLINO; TABORDA, 2011).

Na sequência, são apresentados relatos dos sujeitos que presenciaram um colega sendo agredido, no entanto não souberam dizer se o agressor era um paciente com transtorno mental ou não.

Tinha um paciente que já veio imobilizado, quando ele chegou nós desamarramos porque ele falava normal [...] mas ele acabou nos enganando, quando soltamos, ele teve aquela explosão e bateu na minha colega, acertou e jogou ela no chão

[...] acho que tinha transtorno mental porque veio amarrado, mas não sei qual (A.27).

[...] já faz bastante tempo, um paciente estava internado, a colega foi levá-lo ao banheiro [...] quando ela chamou a gente ele já tinha arrancado tudo falando que aqui ninguém cuidava, que todo mundo queria o mal dele, parecia até um surto psicótico, ele falava 'vocês estão tentando me matar, todo mundo quer me matar', e começou a agredir fisicamente a colega [...]. Não sei se era psiquiátrico, até porque a gente não tem muito acesso aos prontuários, muitas vezes o que mais passam para gente é o quadro clínico (T.1).

Os sujeitos A.27 e T.1 referiram que pelo quadro de agitação psicomotora em que o paciente se encontrava, supõe-se que ele tinha transtorno mental. Contudo, a literatura traz que a agitação psicomotora pode ser causada por uma desordem orgânica por acometimento do sistema nervoso central como no trauma crânio encefálico, intoxicações exógenas e, ainda, distúrbios metabólicos como hipoglicemia. Nessas situações, o enfermeiro deve prontamente investigar para reconhecer as causas dessa agitação, com a finalidade de prestar cuidado ao paciente (CAMPELO; ARRIBAS, 2010).

O enfermeiro, ao cuidar de um paciente com transtorno mental que apresenta agitação psicomotora, deve possuir reflexão crítica e conhecimento na área, para reconhecer a necessidade e planejar o cuidado de acordo com as necessidades desse indivíduo. Para isso não existe uma receita, há que se usar a criatividade, o conhecimento técnico e, principalmente, o vínculo paciente-enfermeiro, objetivando a relação interpessoal, tendo em vista a necessidade de aproximação para o desenvolvimento do cuidado (ROCHA; BARCELOS, 2010).

A agressão do paciente por falta de medicação foi pontuada pelos sujeitos, embora não tenham certeza se o paciente é, ou não, portador de transtorno mental. Todavia, para alguns sujeitos o fato deste ter chegado contido ao serviço ou mesmo pela manifestação do comportamento, próprio de alguém em surto psicótico, faz com que deduzam que sejam portadores de transtorno mental, alegando ainda que a agressão acontece no momento de surto.

4.2.3 Violência autoinfligida, verbal e física cometida pelo paciente com transtorno mental

Quanto aos relatos dos sujeitos acerca das formas de violência vivenciada e/ou presenciada na sua trajetória da prática da enfermagem, pôde-se identificar a autoinfligida fisicamente como a praticada com mais frequência pelo paciente com transtorno mental, seguida da verbal e, em menor proporção, a física contra a equipe.

Os sujeitos relataram que é raro acontecer violência contra a equipe de enfermagem, porém é comum que o paciente com transtorno mental violento fisicamente a si próprio com atos de se machucar, provocar corte, cometer suicídio. Houve ênfase de que a pessoa com transtorno mental é muito inteligente e planeja ações como o suicídio. Relataram, ainda, a agressão contra a família, que normalmente ocorre devido a conflitos familiares. Foram enfáticos ao relatarem a presença de delírios e alucinações e que, em situações como essa, o paciente agrediu um membro da equipe ou mesmo se machucou.

Teve um paciente que veio aqui nesses dias, que tem transtorno mental [...] ele faz mal para ele mesmo. Ele chegou e batia a cabeça na parede [...] estava todo marcado porque se autoflagelava [...]. Ele não atacou a equipe em momento nenhum. Ele gritava e batia a cabeça, e quando fizeram a medicação ele se acalmou (A.10).

Quando eu trabalhava num outro setor, uma paciente psiquiátrica se enforcou, eu vi e fiquei abalada. Ela não estava fazendo tratamento, nem sei o que falar, um dia de manhã ela foi ao banheiro e se enforcou no chuveiro com um lençol (A.11).

Trabalhei seis anos no SAMU, mas agredir a equipe de enfermagem é muito raro [...]. O paciente psiquiátrico agride mais a família ou a si próprio [...] acontecem casos de suicídio, de se machucar, se cortar, isso é bem comum. Mas normalmente a violência acontece [...] por conflito familiar (A.15).

Tinha uma paciente que quando ela ia tomar banho ela passava a unha muito forte na pele, ela fazia um movimento que ficava toda marcada com as unhas o corpo inteiro, eu

falava: 'Por que você está fazendo isso?' e ela respondia: 'é para lavar bem'. Ela passava as unhas com força na pele e saía do banho com aquele vermelhão na pele e dava a impressão de que estava doendo aquilo, mas ela dizia que não, que era para ficar bem lavado (A.27).

[...] uma paciente [...] que tinha transtorno mental [...] ficou confusa e quando eu cheguei lá ela estava se autoagredendo, arrancando os cabelos dela mesma (E.5).

[...] tem uma paciente que está aqui no consultório [...] ela tem jeito de ser um paciente psiquiátrico, isso eu digo porque parece que ela faz uso de medicação [...] e ela falava umas coisas horríveis, parece que ela tem uns delírios religiosos, falava umas coisas meio estranhas de Jesus Cristo, como 'me possua', estilo o filme exorcista [...]. Teve uma hora que ela começou a se bater, aí para não se machucar, a sedaram, contiveram as mãos dela, mas não agrediu a equipe nem verbalmente nem fisicamente (T.1).

Tinha um paciente internado para um procedimento [...] que ficava sentado escutando jogo no rádio, mas na verdade [...] ele tava matutando na ideia o que ia fazer, porque eles são muito inteligentes [...] ele tava escutando o jogo, mas na verdade estava disfarçando que era paciente bonzinho [...] mais tarde ele pegou o lençol e amarrou na janela do banheiro e se enforcou (T.2).

[...] a Auxiliar de Enfermagem tentando segurá-la para que ela não se agredisse, ela acabou agredindo a Auxiliar de Enfermagem. Segurou na mão dela forte e quase quebrou o dedo dela. [...] depois eu fiz contenção química, no outro plantão eu conversava com ela e ela não lembrava da situação [...]. No dia em questão ela falava palavras desconexas, confusas, fazia alusão à parte religiosa, dizendo que alguém vinha matá-la e que Deus não ia deixar (E.5).

O referido anteriormente por vários sujeitos, de que a pessoa com transtorno mental volta a agressão contra si próprio, não causando dano a outrem, foi confirmado por esta pesquisa, haja vista o número ínfimo de sujeitos vítimas da violência de paciente com transtorno mental, da mesma maneira desses sujeitos terem somente presenciado e ouvido relatos de seus colegas sobre o fato.

Pesquisas desenvolvidas sobre a temática violência, relacionada à saúde mental, corroboram com os resultados desse estudo ao afirmar que a violência autoinfligida ocorre com maior frequência que a heteroagressão (DINIZ; KRELLING, 2006).

A violência desencadeada por conflito familiar, conforme relato de A.15, vai ao encontro do que a literatura apresenta. Em estudo, realizado com o objetivo de conhecer como a família de pessoas com transtorno mental vivencia o cuidado dispensado a esse indivíduo, apresentou-se que, com o advento de reforma psiquiátrica e ressocialização do paciente com transtorno mental, tem-se sua inserção no convívio familiar o que por divergências de pensamentos pode gerar conflito (BORBA, 2010).

No referido estudo, foi evidenciado que a relação entre familiares e o indivíduo com transtorno mental no convívio familiar pode gerar discussões frequentes, algumas culminando em agressão. Muitas dessas motivadas pela não-aceitação e preconceito referente ao transtorno que acomete o familiar (BORBA, 2010).

Os colaboradores do estudo citado anteriormente pontuaram que o preconceito e a estigmatização advêm da própria família que acredita que esse paciente tem a possibilidade de controlar os sintomas exacerbados do transtorno pelo qual é acometido. Pontuaram que o cuidado dedicado a um familiar com transtorno mental por vezes é considerado dispendioso, causador de cansaço físico, angústia e sofrimento. Devido a muitas vezes a família não saber onde o familiar está, exige-se esforço dobrado para esse cuidado e, ainda, existe cobrança dos demais integrantes da família (BORBA, 2010).

Além do conflito familiar, os sujeitos A.27, E.5 e T.2 mencionaram o comportamento com ideias suicidas, a tentativa de suicídio ou o ato como violência autoinfligida pela pessoa com transtorno mental. Nesse tipo de violência, o indivíduo pratica atos contra si, os quais podem ser físicos e/ou psicológicos. Outra característica atribuída à violência autoinfligida é o comportamento autoabusivo, como mutilações corporais (OMS, 2002).

Estudo, realizado com oito pacientes com personalidade *borderline*, apresentou que, dentre os participantes, a maioria apresentou comportamento suicida com ideias ou mesmo com a tentativa de suicídio e somente um sujeito apresentou comportamento agressivo, demonstrado por explosões de raiva quando teve suas vontades contrariadas. A pesquisa apontou ainda que um dos sujeitos havia sido vítima de violência sexual desde a infância até a adolescência (TANESI *et al.*, 2007). Isso reafirma o fato de que a vitimização pode incorrer em violência

praticada por paciente com transtorno mental (HIDAY *et al.*, 2001; CHOE; TEPLIN *et al.*, 2005; PERESE, 2007; TANESI *et al.*, 2007; TEPLIN; ABRAM, 2008).

Os delírios, conforme exposto nos relatos de E.5 e T.1, são mais frequentes em pacientes com esquizofrenia e estão ligados ao conteúdo do pensamento. Podem ser persecutórios, de grandeza, religiosos e aqueles representados pela somatória destes (STUART; LARAIA, 2001; SADOCK; SADOCK, 2007).

Dentre os delírios citados pelos sujeitos, o persecutório é o mais comum, no qual o paciente acredita que está sendo seguido ou que as pessoas falam a seu respeito. Em situações como essas, por pensar de forma desconexa, o paciente pode se tornar violento para se defender, pois acredita que as pessoas riem dele ou que uma determinada pessoa o segue (KAPCZINSKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004).

Além do delírio, há as alucinações, que são alterações do conteúdo da percepção. As mais frequentes são as alucinações auditivas e são as primeiras a aparecer e as últimas a deixarem de existir. O paciente pode ouvir vozes comentando seu pensamento ou ações como forma de antecipação daquilo que ele vai fazer. Essas vozes acompanham o indivíduo dia e noite. Os pacientes, algumas vezes, têm consciência de que o que acontece é devido à doença, mas em algumas situações não conseguem distinguir a realidade da alucinação, por ser esta tão real para ele, podendo ocorrer violência instigada pelas alucinações (STUART; LARAIA, 2001; LOUZÃN NETO; ELKIS, 2007).

O comportamento agressivo manifestado por um paciente com transtorno mental não deve ser considerado normal. Este não ocorre isoladamente, sendo sempre associado a um fator desencadeante que pode ocorrer em resposta a momentos de estresse, por exemplo, ou mesmo em decorrência de delírios ou alucinações advindas do transtorno (BALLONE, 2005)

Ainda que se tenha uma imagem historicamente construída da pessoa com transtorno mental como perigosa, ela não deve ser considerada mais violenta que qualquer outra pessoa, mas sim vítima de agressão em maior escala (GATTAZ, 1999; GOODMAN *et al.*, 1999; MONTEIRO; SOUZA, 2004; TEPLIN *et al.*, 2005; DINIZ; KRELLING, 2006; CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Reforça-se a afirmação de que o paciente com transtorno mental pode produzir violência autoinfligida em maior escala do que a impetrada contra outrem e que, em muitas ocasiões, esta é motivada por delírios ou alucinações, conforme o

encontrado por esta pesquisa. A literatura apresenta um relato de caso de paciente com esquizofrenia que por três anos procedeu com mutilações em lábios e dedos das mãos, justificando que era por ouvir vozes de comando que o forçavam a praticar tal violência contra si (DINIZ; KRELLING, 2006).

Isso remete que os profissionais de enfermagem necessitam se aprofundar nos conhecimentos específicos de saúde mental sobre os diferentes transtornos e compreender a dinâmica de pensamento do paciente, para oferecer cuidado de enfermagem que promova sua segurança e assegure um tratamento eficaz.

4.2.4 Situações que levam a equipe de enfermagem ser agredida pelo paciente com transtorno mental

Os sujeitos discorreram sobre situações que levam um paciente com transtorno mental a agredir o profissional de enfermagem durante o cuidado prestado. Houve quem mencionou que somente pelo fato de ser um paciente com transtorno mental já se pode predizer que ele é violento e que essa condição é motivo para ele agredir.

O comportamento violento, quando advindo de um paciente com transtorno mental, foi considerado pelos sujeitos como involuntário e normal e que alguns desses podem conviver em sociedade e outros não, porque agredem a qualquer pessoa.

[...] a violência é um comportamento normal desse paciente porque ele é psiquiátrico, é um paciente violento e vai agredir e se não agredir só a enfermagem, ele agride o familiar. Às vezes o familiar vem todo machucado porque o paciente agrediu. Ele já é agressivo [...] então eu entendo esse comportamento como normal. O portador de transtorno mental não tem mais convívio social, eu acho que você pode conviver na sociedade com um doente mental, tem uns que podem conviver com a família, mas tem uns que não podem infelizmente [...] porque eles agredem qualquer um (A.5).

[...] quando é psiquiátrico eles fazem agressão, é involuntário, ele não raciocina para fazer, porque o doente clínico se ele está com dor, se te agredir, se você reclamar, ele vai saber que está agredindo, ele tem noção do que ele está fazendo, o

psiquiátrico não tem, o psiquiátrico não tem noção, tanto faz falar para ele bata ou não bata, dá na mesma, ele não tem noção da situação (A.9).

A fala de A.9, na qual a violência é inerente ao indivíduo com transtorno mental e que este produz violência de forma involuntária, traduz a construção histórica de relação da violência associada ao campo da psiquiatria. Ela aparece dirigida ou imputada ao portador de transtorno mental, em decorrência das manifestações de comportamento advindas dos sinais e sintomas do transtorno, sendo identificado como diferente, indesejado e perigoso para o convívio com os outros, gerando, assim, a sua exclusão social (BALLONE; ORTOLANI, 2005).

O mencionado por A.5, sobre o fato de que alguns portadores de transtorno mental não podem conviver em sociedade, pois podem violentar qualquer pessoa, contradiz ao encontrado na literatura, a qual traz que, nas situações em que ocorre a violência praticada por esse sujeito, o alvo mais comum são os familiares (HIDAY *et al.*, 2001).

Considerando que a agressão é uma forma de defesa do indivíduo, há que se observar que em muitas situações a violência advinda de um paciente com transtorno mental se dá em resposta a delírios ou alucinações auditivas de comando, que fazem com que este se comporte dessa forma. Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve usar a sensibilidade e estar capacitado a reconhecer essa situação, para que possa agir de forma adequada oferecendo ajuda terapêutica ao paciente (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

O cuidado em saúde mental, dispensado pelo enfermeiro ao paciente, deve ser dotado de valorização do corpo, sobretudo da mente. Dessa forma, é imprescindível ouvir o que o outro tem a dizer, para que esse cuidado se torne efetivo (ROCHA; BARCELOS, 2010).

A prática do cuidado exige sensibilidade, prontidão para escuta e empatia de quem oferece cuidado ao paciente. Deve haver predisposição interna do profissional para o desenvolvimento, uma vez que suas atitudes podem produzir mudanças em quem cuida e em quem precisa de cuidado (ROCHA; BARCELOS, 2010).

Discernimento e conhecimento técnico-científico são importantes para que o enfermeiro identifique os fatores desencadeantes da violência no paciente com transtorno mental e esta não deve ser reconhecida como um comportamento

normal, desmotivado, conforme o citado por A.9 e A.5. Assim, deve agir com o intuito de se aproximar e interagir, ouvindo o que o paciente tem a dizer sobre a situação. Momentos de agitação psicomotora e agressividade geram medo, ressentimento, ansiedade e até indisponibilidade para o cuidado por parte da equipe de enfermagem (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Contraopondo aos depoimentos anteriores, A.22 e A.28 externaram que sempre há um motivo para que a pessoa com transtorno mental cometa a violência, que em algumas situações, pode ser por conflito familiar. Um dos sujeitos salientou que a violência não é considerada normal e que também o paciente não deve ser punido por esse comportamento com a contenção mecânica; Acredita que o comportamento violento deve ser compreendido como decorrente dos sintomas do transtorno mental e, por isso, deve-se analisar o quadro clínico, pois a violência não ocorre de forma gratuita.

Sempre por trás de uma pessoa psiquiátrica violenta tem alguma coisa, às vezes é da família, mas sempre tem um fator que desencadeia. Às vezes e aos pouquinhos eles vão contando 'é porque o Fulano fez isso, porque aquilo, porque eu não quero morrer' e daí começa a ficar violento (A.22).

Para um paciente ficar violento alguma coisa aconteceu, do nada nunca acontece, então tem alguma coisa por trás disso [...] A violência, não penso que eles façam por maldade, é por causa do seu transtorno. Às vezes as pessoas podem criticar e dizer: 'Deixa contido, amarrado, ele quis bater na colega', mas falam naquele tom de que quis bater proposital, mas não é assim você tem que observar o quadro do paciente para saber o que está causando aquilo, porque a agressão não é um ato normal, ninguém em sã consciência vai querer vir para o hospital e bater na equipe (A.28).

O medo pode ser um dos fatores a desencadear a violência em um indivíduo (BRANDÃO *et al.*, 2003). Quando se analisa a violência advinda de um paciente com transtorno mental, há que se avaliar que o cuidado prestado pode ser entendido pelo paciente como uma forma de ameaça e é em resposta a essa ameaça que a violência contra o profissional que o atende acontece (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Pacientes, com história pregressa de violência, do sexo masculino, sem vínculos afetivos, em *delírium* por abuso de álcool ou outras drogas, portadores de transtornos mentais com alucinações auditivas, maníacos com irritabilidade ou de personalidade *borderline* ou antissocial, podem ser causadores de violência quando a equipe não reconhece a necessidade de uma abordagem diferenciada para com esse indivíduo (AVILA *et al*, 2002; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Os sujeitos pontuaram que os fatores, pelos quais o paciente tenha agredido a equipe ou a um membro desta, ocorreram em decorrência do paciente tentar se defender por se sentir acuado ou mesmo forçado a fazer algo que não queria. Também, pela rispidez no tratamento por membros da equipe de enfermagem e, ainda, o fato do paciente não querer o tratamento ou mesmo tentar fugir do hospital. A violência durante a realização procedimentos, como a higienização, também foi mencionada, além do fato de pacientes tentarem fugir da unidade e agredirem a equipe quando tenta impedir sua fuga.

[...] Uma pessoa com transtorno mental realmente não te agride, a não ser que [...] esteja numa crise por causa do medicamento ou por falta dele, mas geralmente eles não agredem, só se estiverem em surto (A.4).

No Centro Obstétrico tinha uma paciente psiquiátrica que sempre queria agredir a equipe [...]. Ela ficou louca na gravidez, era uma menina normal, e quando engravidou, ficou [...] então ela tinha ficado no CO, do HC, ela agredia. Era muito perigosa. Ela queria fugir, e quando você ia, ela batia na cara, dava chute, quando a gente pegava no braço dela, ela dava chute, mas nunca me atingiu (A.6).

Mas o paciente psiquiátrico é assim, se você chegar querendo impor e querendo coagir ele, na maioria das vezes, quando ele já tem um distúrbio agressivo ele vai se tornar mais agressivo ainda (A.22).

Eu acho que ele faz esse tipo de agressão, que é no momento [...] que ele tá em surto mesmo ou [...] que ele se sente [...] Indefeso (A.7).

É a situação deles se virem acuados, esse é o motivo, acho [...] que talvez o modo de abordar o paciente, já vem lá da casa que a família aborda de um jeito, vai o SAMU, vai polícia, daí [...] o cara já transtornado [...] não quer que ninguém toque. 'Me deixa sentar, ou me deixa falar'. Mas ninguém quer deixar ele

falar, já quer conter o paciente talvez um pouco o modo de abordar [...] implica bastante violência no paciente (A.28).

Ele está ali para ser tratado, e não quer ser tratado [...] só que ele tem que ser tratado, a família quer que ele fique, e ele não quer então ele vai agredir. [...] a mesma coisa você, quando está coagido, você tem que se defender então a defesa dele vai ser [...] agressão (E.2).

A fala de A.28 nos remete ao histórico do estigma de violento e perigoso impetrado ao portador de transtorno mental, anteriormente refutado por esta pesquisa. Analisa-se que esse pensar reflete diretamente no agir desses profissionais da equipe de enfermagem, pois isso é observado na fala de A.28 ao relatar que o paciente quer falar e a equipe quer proceder com a contenção, percebe-se que o cuidado dispensado pela equipe a esse indivíduo é baseado no estigma, o que faz com que a primeira reação da equipe, quando realiza cuidado a esse paciente, seja a contenção mecânica.

Existem situações em que o paciente pode não se identificar com o profissional que inicia o manejo verbal. Esse profissional deve reconhecer que seu afastamento é necessário e outro membro da equipe, com o qual o paciente se identifique, deve fazer a aproximação visando à interação com paciente, orientada pelo enfermeiro sobre a conduta correta a ser tomada em cada situação (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Em casos nos quais o manejo verbal se torna ineficaz e não há possibilidade de interação com o paciente, o qual manifesta comportamentos de agitação psicomotora e ameaçadores para sua integridade física e daqueles que estão ao seu redor, outros pacientes, familiares e equipe, então, procede-se com a contenção física (AVILA *et al.*, 2002).

A contenção física deve ser realizada de forma consciente, terapêutica e não banalizada. Esgotadas todas as possibilidades de diálogo com o paciente, quando as demais negociações não surtirem efeito, ou seja, em último caso é que se deve proceder com a contenção física e uso de medicamentos. Estes, portanto, não devem ser a primeira opção de oferta de cuidado, visto que o paciente deve ser tratado com todo respeito, tendo o cuidado de explicar a ele o procedimento que será realizado, para que não seja considerada uma punição ao seu comportamento

(AVILA *et al.*, 2002; ESTELMHSTS *et al.*, 2008; BORBA, 2010; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Ainda sobre a agitação psicomotora de uma pessoa com transtorno mental, o profissional deve reconhecer que a agressão é um instinto de defesa do ser humano (MAY, 1974; DADOUN, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; GUYTTON; HALL, 2009).

Conforme o dito por A.28 e E.2, em situações nas quais o indivíduo se sinta acuado, coagido e identifique algo que possa lhe causar dano, então o organismo fica alerta para situações de fuga, quando interpreta que não se pode vencer o oponente; ou de luta, ao entender que há possibilidade de um enfrentamento (GUYTTON; HALL, 2009).

Dessa forma, quando um paciente com transtorno mental está em crise, como mencionado por A.7, e a equipe se aproxima para realizar a contenção física ou outro procedimento, sua interpretação do fato pode ser desconexa pelo transtorno mental e a situação ser interpretada como uma ameaça, ocasião em que a violência pode ocorrer.

Para quem recebe a agressão advinda de um paciente com transtorno mental durante o cuidado prestado a este, pode considerá-la como gratuita e desmotivada, mas para o paciente esse fato se deu como forma de defesa pelo seu processo mental desconexo com a realidade, o qual faz com que ele possa agredir alguém que, em seu delírio ou alucinação, representa uma ameaça a ele (KAPCZINSKI; QUEVEDO; IZQUIERDO, 2004).

Os relatos dos sujeitos A.4, A.6, A.7 e A.22 demonstram que há fatores que podem ocasionar agitação psicomotora no paciente com transtorno mental, podendo gerar agressividade. Justificam que esse paciente comete violência para se defender e que a atitude de defesa é própria do ser humano ante o perigo ou em situações de ameaça à sua segurança, como um instinto de defesa, num momento em que o paciente esteja sentindo dor, em surto psicótico ou mesmo por falta de medicamento.

Há uma tentativa de produzir conhecimento pautado pela cientificidade que venha a responder quais fatores levam um indivíduo a praticar violência contra seu semelhante. Nesse contexto, a violência é concebida como essencial para a sobrevivência do homem, uma vez que por meio desta a humanidade garantiu sua sobrevivência ao longo dos anos. A violência é conceituada como aquilo que vai

além do comportamento explosivo, ensandecido, considerado absurdo, ou seja, algo que faz parte do ser do indivíduo, não existindo ação humana que não seja associada a ela (DADOUN, 1998).

A literatura aponta como fatores predisponentes à violência remetida pelo portador de transtorno mental o fato deste em algum momento ter sido vítima de violência.

Estudo que analisa a vitimização do portador de transtorno mental como fator desencadeante da violência nesses pacientes, realizado com 331 pacientes hospitalizados com diagnóstico de transtorno mental grave, possuindo histórico de causar violência autoinfligida e heteroviolência, revelou que 33% dos sujeitos faziam uso de drogas ilícitas e 53% o uso de álcool, pelo menos uma vez ao mês nos quatro meses que antecederam a internação. Aproximadamente um terço desses pacientes teve algum tipo de problemas com amigos, familiares ou no trabalho pelo uso de álcool; 27,2% foi vítima de algum tipo de crime, como roubo, estupro ou lesão corporal nos últimos quatro meses e, nesse mesmo espaço de tempo, 50,4% agrediram fisicamente alguém, desses eventos a metade foi endereçada a um familiar (HIDAY, *et al.*, 2001).

A fala de A.4, que refere que um portador de transtorno mental agride por falta de medicação, coaduna com o encontrado na literatura sobre a descontinuidade de tratamento por pacientes em transtorno mental. Nesse sentido, estudo sobre adesão ao tratamento com psicofármacos em pacientes portadores de transtorno mental, por meio de 167 prontuários apresentou irregularidades quanto ao seguimento da prescrição pelo paciente. O estudo observou que 83,2% dos pacientes apresentaram intercorrências pelo não-seguimento da prescrição. Dentre essas intercorrências, em 34,7% houve necessidade de consultas de emergência em serviços de saúde mental, 34,1% abandonaram o tratamento e 13 dos pacientes tiveram pelo menos uma tentativa de suicídio. Os autores concluíram que a descontinuidade do tratamento medicamentoso culminou com a recaída e reinternação, conforme os prontuários investigados (CARDOSO; GALERA, 2009).

4.3 SENTIMENTOS E ATITUDES NO CUIDADO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL EM FACE OU NÃO DE VIOLÊNCIA SOFRIDA

Os sujeitos relataram sentimentos, como a discriminação, o medo de ser agredido e a raiva por ter sido agredido no cuidado à pessoa com transtorno mental. Esses são alguns dos temas que serão desenvolvidos na sequência.

4.3.1 Discriminação para com o paciente com transtorno mental

Os sujeitos externam que o transtorno mental se trata de uma condição crônica para a qual não existe cura. Mencionaram a desinstitucionalização do portador de transtorno mental e, que atualmente, é enfatizado que esses indivíduos permaneçam com a família. Porém, relataram que devido à sua condição crônica e à imprevisibilidade de comportamentos violentos este muitas vezes, mesmo que esteja em tratamento medicamentoso, não tem como permanecer no ambiente familiar.

Para que deixar um paciente psiquiátrico aqui? [...] para ver diagnóstico? Psiquiatria tem que ter o seu lugar certo, e os hospitais psiquiátricos estão fechados, é para cuidar em casa. Por isso é que tem tanto crime bárbaro, são as pessoas que deviam estar internadas tomando remédio e que estão fora. Porque você viu que agora não tem mais psiquiatria é por isso que tem tanto crime bárbaro. São as pessoas doentes que estão soltas [...]. É por esse motivo. Muita gente “doida” que está solta, a pessoa tem algum distúrbio e ninguém se incomoda mais. A medicina está achando que tem que ficar ‘no convívio da família’, mas se a pessoa tem uma doença, vão fazer o quê? Vão deixar os doidos soltos? Você vai ver como vai acontecer alguma agressão ou alguma coisa ruim com o enfermeiro, vai começar a acontecer (A.6).

Nem sei o que pensar a doença mental está aí e ninguém resolve nada, ninguém descobre a causa, o jeito é você conviver e quando precisar tem que atender, não tem jeito se tivesse solução [...] mas o problema é que não tem solução, o paciente quando chega nessa fase [...] vai ficar a vida inteira assim. E agora eles estão querendo dispensar os psiquiátricos para a família cuidar em casa, você já imaginou que situação? Eu acho isso terrível porque em casa se a família já é mais de

idade, mãe, pai cuidar de paciente psiquiátrico? Não tem como. Nem com o paciente fazendo medicamento porque às vezes ele está fazendo o medicamento, aparentemente ele está bem, mas de repente dá aquela crise de loucura e quem segura? Quebra tudo, mata tudo. Não sei tava um projeto que eles queriam aliviar um pouco os hospitais e jogar um pouco desses pacientes para responsabilidade familiar, mas acho que esses têm que ser aqueles menos agressivos, porque tem uns que ficam bonzinhos. Às vezes você vai ao hospital psiquiátrico e tem uns tomando sol sentadinhos, aqueles que são bonzinhos porque os que são muito agressivos nem saem do hospital, têm que ficar amarrado (A.9).

Percebe-se que a fala de A.9 é carregada de preconceitos contra o indivíduo com transtorno mental, principalmente, quando faz uso do termo “*jogar um pouco desses pacientes para o convívio da família*”.

Com relação a isso, toda vez que se trata um indivíduo como objeto desprovido de vontades se está fazendo uso de violência para com ele (CHAUÍ, 2007). Esse comportamento do profissional é considerado, portanto, uma forma de violência contra a pessoa com transtorno mental (GATTAZ, 1999; MONTEIRO; SOUSA, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2007; NUNES; TORRONTÉ, 2009; BERTOLOTE, 2009;). Este estudo corrobora com a literatura quando afirma que esse paciente é mais vítima de violência que provocador dela (GOODMAN *et al.*, 1999; STUART, 2003; TEPLIN *et al.*, 2005; CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Ressalta-se que, na abordagem ao paciente violento, a primeira intervenção deve ocorrer por meio de uma comunicação direcionada a compreender os motivos que fizeram com que esse comportamento fosse desencadeado. O enfermeiro precisa acalmar o paciente, antecipando verbalmente todas as atividades que serão realizadas com ele para que a movimentação de aproximação da equipe não seja interpretada como uma ameaça. Para que isso seja possível, será necessário ouvi-lo com paciência, ser verdadeiro e honesto com o paciente, na tentativa de diminuir sua ansiedade (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Nas situações em que os delírios e alucinações prejudiquem a interação verbal do profissional com o paciente e sua agitação psicomotora e agressividades não puderem ser controladas por esse meio, então há a necessidade de fazer uso da contenção física e química (MONTEIRO, SOUSA, 2004). Saliencia-se que se deve fazer uso da contenção somente quando esgotadas as possibilidades de

comunicação; quando o paciente não responder ao manejo verbal (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Em estudo realizado num Pronto Atendimento, sobre o cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, apresentou-se que há a tendência dos profissionais da equipe de enfermagem em querer que o paciente permaneça contido o tempo todo (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Com relação à contenção física, deve-se observar seu caráter terapêutico e sua real necessidade, sob o risco de incorrer em banalização do procedimento (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Estudo realizado em um hospital psiquiátrico mostrou que a contenção física era utilizada como um procedimento de rotina da unidade (ESTELMHSTS *et al.*, 2008). Entretanto, essa forma de contenção deve ser utilizada em última instância, quando as demais formas de negociação não surtirem efeito (AVILA *et al.*, 2002; ESTELMHSTS *et al.*, 2008; BORBA, 2010; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Durante esse procedimento, deve-se conversar com o paciente e explicar o que será feito e os motivos para agir dessa forma, para que a contenção não seja avaliada como uma punição ou agressão (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

As técnicas de comunicação terapêutica devem ser desenvolvidas nas situações em que o paciente se encontre em crise ou durante o procedimento de contenção, pois reforça a ideia de que o profissional que atende esse indivíduo tem preocupação com seu estado (ESTELMHSTS *et al.*, 2008).

Caso a contenção venha a ser interpretada pelo paciente como agressão, esse indivíduo passará a agir com violência, considerando que esta é uma reação natural do indivíduo a uma ameaça percebida (MAY, 1974; DADOUN, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; GUYTTON; HALL, 2009).

Avaliando a contenção física, reportamo-nos à fala de A.9 quando diz que o paciente deve ficar o tempo todo contido. Ressalta-se que um paciente com transtorno mental não precisa ficar o tempo todo contido, mas até que se acalme e possa refletir sobre a situação e os motivos pelos quais o procedimento foi realizado. Durante o período de restrição, que em média dura duas horas, o paciente deve ser reavaliado a cada 40 minutos e estar em observação constante para se evitar efeitos adversos decorrentes da técnica e até o óbito por asfixia (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

As falas de A.6 e A.9 remetem à história da psiquiatria mundial quando trata da questão do enclausuramento do indivíduo com transtorno mental. Especificamente no Brasil, em 1930, os indivíduos considerados “loucos”, que perambulavam pelas ruas, eram trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia, enquanto aqueles de famílias que possuíam algum poder aquisitivo ficavam em casa, longe dos olhares curiosos da população (BRASIL, 2005, p.18).

Em 1939, influenciada pela tendência internacional baseada em Pinel e Esquirol, a Escola de Medicina do Rio de Janeiro adota o lema “Aos loucos o hospício”. Assim, em 1841, é criado o primeiro hospício brasileiro, Hospício Dom Pedro II, com 140 leitos, também conhecido como “Palácio dos loucos”, por sua suntuosidade. Nessa época, iniciou-se a história da psiquiatria brasileira, com seus princípios de manter o paciente com transtorno mental sob constante vigilância, rígidas disciplinas e separação por classe social (BRASIL, 2005, p.18).

Chama a atenção a ideia estigmatizante de T.4, em relação ao paciente com transtorno mental, ao enfatizar que este não deve ser mantido junto dos demais pacientes para não agredi-los, mesmo revelando nunca ter presenciado tal cena.

Tivemos uma paciente agitada que teve que ficar isolada [...] o isolamento era importante para proteger tanto os outros pacientes, quanto a enfermagem [...] então de preferência que o paciente que está em transtorno, que fique isolado, de porta fechada, evitando que ele veja o movimento [...] porque eles podem [...] ver que tem outros pacientes e vão mexer nos outros pacientes [...] podem agredir os demais [...] mas eu nunca vi um paciente agredir outro. No outro serviço que eu trabalhava [...] a gente tinha o quatinho do louco [...]. Essa é a regra número um não deixar louco junto com paciente clínico (T.4).

Quanto à fala de T.4, sobre a necessidade de manter o paciente em local isolado dos demais pacientes, nas disposições gerais da Portaria /SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992, essa prática consta como proibida. Portanto, vai de encontro ao apregoado por essa portaria toda a prática que se destina a manter pacientes com transtorno mental em local isolado, em celas forte, ou outro local com o mesmo intuito (BRASIL, 1992).

O isolamento é entendido como manter um paciente em local reservado, distante dos demais, em um quarto fechado no qual o paciente possa circular, mas sem a presença de outros pacientes ao seu entorno (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, a literatura aponta que da mesma forma que a contenção física, o isolamento de pacientes com transtorno mental ainda é uma prática presente nos serviços de saúde que atendem essa clientela, perfazendo essa prática uma dicotomia no que se refere ao apregoado por lei. Essa prática remete ao caráter punitivo e coercitivo empregado por profissionais de saúde dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo considerado um ranço da psiquiatria, presente na atualidade (MANTOVANI *et al.*, 2010).

Com relação às falas de A.6 e A.9, nas quais se observa a violência intimamente ligada ao fato de o paciente ter um transtorno mental, percebe-se a estigmatização endereçada a esse indivíduo.

Estudo do tipo revisão bibliográfica que teve o intuito de saber se pacientes com transtorno mental são realmente violentos e se causam algum tipo de risco à população em geral, mostrou que o fato de ser portador do transtorno não constitui predição de violência. Os maiores fatores que contribuem para a violência na sociedade são os socioeconômicos, demográficos e, principalmente, o abuso de substâncias como álcool e outras drogas, seja no âmbito da saúde mental ou não (STUART, 2003).

Levando em consideração as estatísticas globais sobre violência, as pessoas com transtorno mental grave contribuem muito pouco para esses números. O risco de agressividade pode aumentar entre 3 e 5% quando o uso de álcool e outras drogas estiver envolvido. Contudo, se for analisada a população como um todo, pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas são sete vezes mais violentas que as que não o fazem (WALSH; BUCHANAN; FAHY, 2002; FRIEDMAN, 2006). Esses dados, fornecidos pela literatura, corroboram com os encontrados nesta pesquisa, quando os sujeitos pontuam os pacientes alcoolizados ou usuários de outras drogas, sem transtorno mental, como violentadores da equipe.

Discutindo ainda a questão da violência causada por pacientes psiquiátricos, a literatura traz que apesar de haver um pequeno risco de ocorrer violência advinda de um portador de transtorno mental, os estereótipos negativos ainda sobrecam sobre esse paciente. Os autores destacam o portador de transtorno mental como a maior vítima de violência e não causadores desta, como o senso comum acredita

(GOODMAN *et al.*, 1999; TEPLIN *et al.*, 2005; CHOE; TEPLIN, ABRAM, 2008; ANTONIUS *et al.*, 2010).

A maioria dos indivíduos com transtorno mental não têm tendência à agressividade e, menos ainda, ao uso da violência. Mesmo assim, no imaginário popular e de profissionais de saúde ainda perdura a associação entre violência e transtorno mental (STUART, 2003; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Ao contrário, pessoas com transtorno mental grave são comumente vítimas de violência e não perpetradores. Os índices anuais de violência contra esses pacientes são quatro vezes maiores do que para o restante da população. Dependendo do tipo de crime violento de que foi vítima, abuso sexual, roubo e agressões, esse tipo de paciente pode ser entre 6 e 23 vezes mais violentado que a população em geral (TEPLIN *et al.*, 2005; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Em pesquisa na qual foram entrevistados 50 pacientes com transtorno mental crônico, atendidos em um ambulatório em Baltimore, dos quais 64% com diagnóstico de esquizofrenia, 32% com transtorno bipolar e 4% com transtorno psicótico, encontrou-se que a maioria relatou ter sofrido algum tipo de violência física ou outro tipo de abuso desde os 16 anos de idade e a metade informou que havia sofrido algum tipo de violência no último ano. O estudo concluiu que mulheres e homens com transtorno mental grave são altamente vulneráveis a ser vítima de violência e estresse pós-traumático (GOODMAN *et al.*, 1999).

Com relação ao estigma de perigoso e violento imputado ao indivíduo com transtorno mental ao longo da história, e que faz parte do imaginário da população, a estigmatização ocorre pelo rótulo que a pessoa tem de “doente mental” e não de um comportamento observado (CHOE; TEPLIN; ABRAM, 2008). Geralmente, a população tem uma tendência exagerada a estreitar a relação entre transtorno mental e violência (STUART, 2003).

Uma forma de combater a estigmatização é a divulgação de pesquisas para o público por meio de campanhas televisivas e mídia escrita, com a finalidade de desfazer o mito do paciente com transtorno mental como perigoso e violento. Isso pode diminuir as barreiras que esse indivíduo encontra na sociedade, seja na busca de emprego ou mesmo no acesso a tratamento psicoterápico adequado. Os autores salientem que quando há tratamento adequado se reduz o risco do paciente cair no ciclo de vitimização (PERESE, 2007; CHOE, TEPLIN; ABRAM, 2008).

4.3.2 O medo do paciente com transtorno mental

Dos 38 sujeitos entrevistados nessa pesquisa, 21 afirmaram que sentem medo de prestar cuidados à pessoa com transtorno mental. Dentre os 21, somente dois sofreram violência durante o cuidado de enfermagem a esse paciente. O medo ao prestar cuidado ao paciente com transtorno mental foi relatado por A.8, principalmente, após ter vivenciado a agressão.

Eu fiquei com medo na hora que ele me agrediu [...] porque você quer ajudar, mas não espera uma reação dessas, tão violenta [...] eu fiquei com medo. Sinceramente eu tenho medo de atender paciente psiquiátrico [...] eu acho que eu nunca vou poder trabalhar em hospital psiquiátrico, porque eu morro de medo dos pacientes (A.8).

A ênfase de que não gostam ou que não conseguem trabalhar com essa clientela, devido ao medo de sofrer agressão e pela imprevisibilidade de suas reações, foram aspectos relatados.

Houve menção de que até o modo como o paciente olha provoca medo, pois transparece a possibilidade da violência ser manifestada. Outros afirmaram que, por se tratar de um paciente com transtorno mental, o medo surge ao saber que esse paciente não raciocina de forma correta e, portanto, não pode responder pelas atitudes que venha a manifestar.

De alguns pacientes com transtorno mental eu tenho medo [...] em várias situações eu já tive medo, medo mesmo. Às vezes, o paciente olhava como se dissesse 'Vou fazer alguma coisa com você' [...] sinceramente eu tenho medo (A.28).

[...] quando a gente se depara com um paciente com transtorno psiquiátrico [...] a primeira coisa que eu tenho é medo. Medo, porque eu sei que é uma pessoa que está ali, que não tem o raciocínio perfeito, não está com as faculdades mentais íntegras, que possa responder por aquele ato (A.1).

Medo [...]. Conforme o olhar da pessoa, quando ele encara a gente dá medo. Dá medo que de repente eles podem agredir (A.26).

Tenho medo quando tem algum paciente com transtorno mental eu sempre peço para um colega ir comigo (A.5).

Em seu relato A.3 afirma que tem medo do paciente somente quando este se encontra em surto e que, nessas situações, solicita a companhia de um colega da equipe para atender o paciente.

[...] quando percebo que o paciente está em surto [...] eu tenho medo, mas se ele está em tratamento e chega aqui e está calmo aí não, mas quando estão em surto ou agressivos eu fico com medo, não gosto de estar sozinha para atender, gosto de estar com outra pessoa (A.3).

O medo em excesso, chegando à forma de pavor, foi manifestado pelos sujeitos mesmo sabendo que o paciente pode não ser agressivo, mas porque segundo eles o paciente pode ter reações imprevisíveis, conforme o afirmado por A.17 de que a equipe fica apreensiva em atender.

Eu tenho pavor, tenho medo de atender [...], tenho medo porque a gente nunca sabe qual vai ser a reação desse paciente [...] de repente ele não vai fazer nada, mas pode machucar um colega, eu tenho medo, não gosto de trabalhar com saúde mental por causa disso (A.17).

O preconceito foi citado na relação da equipe com o paciente psiquiátrico em que os sujeitos dizem que não querem ser preconceituosos, mas o medo deixa esse sentimento sobressair nessa relação. Esse sentimento é reafirmado por T.2, ao afirmar que o paciente psiquiátrico é traiçoeiro e que, por esse motivo, é preciso tê-lo sempre a vista.

Eu tenho medo porque eles [...] são traiçoeiros, eles planejam as coisas pelas suas costas [...] se tiver um paciente com transtorno mental aqui, toda hora eu estou olhando [...] eu não dou as costas para ele (T.2).

[...] a gente não quer ser preconceituoso em relação à doença mental, mas no fundo a gente tem medo [...]. Não aquele medo

expresso, mas fica inseguro eu [...] não gosto de psiquiatria (A.25).

Chama-nos a atenção nos relatos anteriores de que somente um dos sujeitos afirmou que o medo que sente decorre da experiência de ter sofrido violência de um paciente com transtorno mental. Contudo, a maioria, mesmo não tendo passado por tal situação, expressou medo em atendê-lo. Essas manifestações dos sujeitos se mostram preocupantes, pois o medo quando relacionado ao paciente faz com que o profissional refute a ideia de prestar cuidado a alguém com transtorno mental, que como cidadão deve ter esse direito assegurado.

Embora vários tenham sido os relatos anteriores, em que a maioria dos sujeitos afirmou que sente medo do paciente com transtorno mental, mesmo não tendo sofrido violência remetida por ele, houve aqueles que relataram que não sentem medo de prestar cuidado a esses indivíduos e que para se protegerem de agressão tomam as precauções, incluindo não abordá-los sozinhos.

Medo eu não tenho [...] claro que quando eu for cuidar dele eu vou ter todos os cuidados [...] para ele não me machucar, mas medo de atender não tenho (A.21).

[...] não tenho medo de atender paciente com transtorno mental, desde que tenha alguém na retaguarda. Tenho medo de apanhar, de levar um soco ou de alguma coisa. Não que eu não atenda o paciente por medo ou fuja dele, de me negar a atender o paciente por medo [...] tenho medo de ser agredida, é por isso que a gente toma cuidado (A.19).

A experiência de conviver com um membro familiar com transtorno mental confere a A.15 o conhecimento para abordar essa clientela de forma mais segura e reconhece que esse paciente, em muitos casos, oferece risco para si e não para outrem.

[...] não tenho medo de paciente com transtorno mental [...] eu tenho um familiar que tem transtorno bipolar. Já vivenciei inúmeras situações com ele [...]. O maior risco dele é o suicídio. Já teve nove internamentos psiquiátricos, mas nunca foi agressivo (A.15).

O uso de fundamentos científicos para lidar com a pessoa com transtorno mental, em fase aguda de seus sintomas, pode ajudar a desmitificar que esse indivíduo é perigoso e violento. Portanto, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem sejam formados e capacitados para prestar cuidado de qualidade no momento em que o paciente mais precisa de sua presença atuante e livre de mitificações socialmente construídas (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Analisando o relato de A.19, quando afirma que não tem medo de atender o paciente com transtorno mental, desde que tenha a salvaguarda de um colega de equipe, percebe-se que este vai ao encontro do exposto pela literatura. Algumas situações podem oferecer riscos para os profissionais de saúde como, por exemplo, aqueles que trabalham sozinhos no atendimento ao paciente, o que pode ocorrer com a equipe de enfermagem em determinadas situações, como no período noturno (OIT, 2002).

No tocante à violência sofrida pelos profissionais de saúde, aqueles cuja função é desempenhada em contato direto com o público têm maior probabilidade de serem vítimas de violência, assim como aqueles que trabalham com pessoas que se sentem frustradas pela não resolutividade de seu problema (OIT, 2002).

Nas ponderações anteriores se enquadram os pacientes que sentem dor de difícil controle, profissionais que lidam com pessoas com transtorno mental, aqueles que fazem abuso de álcool ou drogas psicotrópicas que podem tornar o indivíduo mais agressivo, tanto verbal quanto fisicamente, e aqueles que trabalham em ambientes como os serviços de urgência e emergência (OIT, 2002).

Com relação ao medo de atender o paciente com transtorno mental, expresso pelos sujeitos, nota-se que este é potencializado pelo fato de os profissionais não saberem como cuidar dessa pessoa. Os relatos a seguir demonstram que os sujeitos alegam que isso ocorre por não saberem como cuidar do paciente. Colocam que se sentem mais seguros e aliviados quando o paciente já chega imobilizado, pois, caso contrário, se tiver que fazer a contenção a situação fica mais difícil.

Medo eu tenho. E [...] percebo na equipe também [...] que é por não saber lidar com o comportamento do paciente, às vezes a gente já retrata na nossa face o medo [...] a gente tem um certo medo porque não sabe como proceder diante dessa situação,

se ele vier na maca deitado, imobilizado não é tão difícil, mas se ele for [...] atendido e precisar conter é difícil, a gente tem um certo medo, um certo receio (E.3).

Tenho muito medo porque [...] não tenho habilidade, nunca trabalhei com paciente de saúde mental [...]. Então a gente não sabe qual vai ser o comportamento, quais vão ser as atitudes, e o que vai acontecer estando junto com o paciente psiquiátrico (A.18).

Eu tenho medo de atender. Porque a gente não é preparado para cuidar desse paciente aqui (A.13).

Além das expressões anteriores, relativas ao medo que os sujeitos sentem, um deles destacou que não tem perfil para cuidar da pessoa com transtorno mental e, ainda que se preocupa com sua própria reação perante a agressividade advinda do paciente, salientando que se for agredido sua resposta será a de revidar.

Tenho medo, porque eu sei que se eu levar, eu vou dar, o meu medo não é dele me bater, eu tenho medo do meu comportamento com ele [...]. Eu não tenho perfil para atender paciente psiquiátrico, acho que se eu levar um tapa de um paciente, eu devolvo (A.24).

Não obstante, anteriormente, os sujeitos terem referido que sentem medo de prestar cuidado de enfermagem à pessoa com transtorno mental, seja por já terem sido agredidos, pela possibilidade de que a agressão possa ocorrer durante o cuidado prestado a esse tipo de paciente ou mesmo por não saber cuidar, um sujeito destacou que sente medo e pena do paciente ao mesmo tempo. Ele salientou que o medo se dá em decorrência de não poder prever a reação do paciente e, que durante um atendimento, realmente sentiu medo, contudo nas demais situações o sentimento predominante foi o de pena.

É uma coisa muito estranha, você tem que ter um controle muito grande com essas pessoas, porque ao mesmo tempo em que você sente dó sente medo. Muitas vezes a gente sente medo porque não sabe a reação que ele vai ter, em uma ocasião eu senti bastante medo, mas em outras situações eu não tenho medo, eu tenho dó mesmo (A.27).

Chama a atenção o relato de E.3 ao mencionar que quando o paciente com transtorno mental chega ao serviço já imobilizado é mais tranquilo para prestar o cuidado. Esse relato transparece que somente pelo fato de ser um portador de transtorno mental já é indicação *sine qua non* para agitação, agressão e necessidade de restrição dos movimentos.

As percepções que o profissional tem da pessoa com transtorno mental e os sentimentos experienciados pelo indivíduo no atendimento a esse paciente refletem diretamente no seu agir junto a essa clientela (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Dentre as considerações que se tem acerca da pessoa com transtorno mental, encontra-se a de que ela é considerada potencialmente agressiva o que nos remete ao pensamento estigmatizante e historicamente construído, o qual atribui a esse indivíduo o rótulo de perigoso à sociedade (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Um ponto importante e que se deve destacar, no cuidado a um paciente com comportamento agressivo, é que quando o profissional desconhece o que deve ser feito, em situações como essa, o medo sobrevém e seu afastamento do cenário acontece, pois o desconhecido causa medo. Uma possível solução para essa problemática está na formação do profissional, ainda na universidade (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Os serviços destinados ao atendimento a pacientes em situação de urgência ou emergência, como o Pronto Atendimento, têm por objetivo a diminuição de morbidades e/ou mortalidade, necessitando para isso equipe capacitada, recursos físicos e materiais tendo em vista o atendimento às necessidades urgentes do paciente que podem comprometer sua vida ou mesmo sua recuperação (AZEVEDO; *et al.*, 2010).

4.3.3 Recusa em atender o paciente com transtorno mental

Alguns sujeitos relataram que nem todos os profissionais estão preparados para prestar cuidado à pessoa com transtorno mental e que existem aqueles que nascem com a capacidade para lidar com essa clientela. Houve relato de presenciarem colegas demonstrarem resistência, e até mesmo se negarem e

fugirem do ambiente, para não prestar o cuidado de enfermagem, por medo de sofrer agressão, e deixarem para outro colega a incumbência do cuidado. Há, porém, aqueles, que mesmo não desejando ou se sentindo inseguros, prestam o cuidado para não deixar o paciente desassistido e por não ter outra pessoa para fazê-lo.

Nos colegas percebo [...] que há um tipo de recusa. Porque não gostam. Eu acho que nem todo profissional está preparado para atender esse tipo de paciente [...] ele deveria ser atendido por outro tipo de profissional, acho que por aquela pessoa que já nasceu com capacidade de lidar com esse paciente (A.4).

[...] já teve casos de pessoas dizerem ‘eu não vou entrar’ para atender o paciente, por medo de ser agredido e não entraram [...] daí você entra, ou outra pessoa entra (A.5).

Cuidar, a gente cuida, e eu vejo que tem algumas pessoas que tem o mesmo perfil que eu [...] algumas vão lá e fazem, outras se escondem, vão para outro lugar [...] outras vão lá, fazem, mas, bem que não queriam estar aqui (E.1).

Com relação à indisponibilidade para o cuidado à pessoa com transtorno mental, conforme relatado pelos sujeitos encontra-se em pesquisas desenvolvidas ultimamente que os profissionais de saúde ainda demonstram preconceito, medo, insegurança, indisponibilidade e despreparo, para cuidar desse paciente. Tais atitudes, na maioria das vezes, têm como alegação o risco de agressão do portador de transtorno mental contra esses profissionais (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001; PAES, 2009).

A representação social sobre a violência associada ao portador de transtorno mental gera sentimentos dicotômicos no profissional, conforme se percebe na fala de E.1, pois se de um lado este percebe a premente necessidade de aproximação e cuidado que a situação requer, por outro o medo faz com que ele se afaste (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Conforme o depoimento dos sujeitos, a seguir, existe certa recusa em se atender o paciente com transtorno mental percebida na equipe como um todo, observando que alguns se demonstram indisponíveis para prestar cuidados e outros dois afirmaram em algum momento já ter se negado a atender esse paciente. Outro

sujeito demonstrou sua indignação em ter que atender esse paciente, dizendo que no caso de atender um paciente em surto sua reação seria a de abandonar o plantão por medo de ser agredido ou mesmo ser morto por um portador de transtorno mental.

Eu não fiquei com vontade de atender aquele paciente depois de ser agredida por ele, nem de dar medicação para ele, fazer nada para ele e não fiz. A minha colega fez. Eu falei 'eu não vou chegar perto desse homem' (A.13).

[...] muitos funcionários ficam 'ah, não vou lá atender porque ele agrediu tal pessoa, ele fez isso, fez aquilo' (A.14).

[...] eu fui uma das pessoas que se recusou a tentar conter o paciente agressivo (T.1).

Eu me neguei a atender, eu mesma. Eu já tinha entrado duas vezes, e duas vezes eu fui agredida e falei 'ah, eu não vou mais, vá você agora' (A.5).

Deus me livre, se eu tiver aqui e acontecer de uma pessoa ficar doida assim, eu saio, eu não vou ficar dando suporte, eu simplesmente aviso e vou embora, por que eu vou pôr em risco a minha vida e se ele avançar em mim e me matar? Pode matar outro paciente? Não me interessa, eu simplesmente procuro a chefia [...] e digo estou indo embora' (A.6).

Considerando-se os relatos dos sujeitos desta pesquisa, quando anteriormente referiram não ser o paciente com transtorno mental o que mais agride a equipe e, quando solicitados que discorressem sobre sua vivência da violência advinda desse paciente, somente quatro sujeitos afirmaram terem sido efetivamente violentados por um paciente psiquiátrico. Assim, percebemos que o relato de A.6 é carregado de preconceito e suposição sobre o comportamento do paciente. Reporta-se, novamente, à premissa de que a violência provocada pelo paciente com transtorno mental constitui um mito e não uma realidade.

Quando a agressividade do paciente com transtorno mental ocorre, esta é considerada uma situação que exige imediata intervenção da equipe de enfermagem na tentativa de controlá-la. Contudo, esse acontecimento pode ser considerado um fator para o afastamento do profissional do atendimento, como se pode observar na falas de T.1, A.5, A.6 e A.13.

Estudo sobre a temática, realizado com 28 enfermeiros que atuavam em unidades psiquiátricas, demonstrou que em situações como essas os enfermeiros preferem delegar o atendimento para um técnico de enfermagem e se abster do cuidado ao paciente em momento crítico (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

4.3.4 Raiva após a agressão sofrida

Nos relatos a seguir se observa o sentimento de raiva do profissional por ter sido agredido pelo paciente durante o cuidado. Agir de forma mais enérgica com o paciente foi citado por um dos sujeitos como forma de controlar o paciente para que a agressividade seja inibida. Alguns dos sujeitos colocaram que sentem raiva do paciente quando são agredidos, mas procura compreender a situação, entender os motivos que fizeram com que ele tivesse aquela atitude e ainda levar em consideração que o paciente não está saudável no momento em que age com violência contra a equipe.

[...] às vezes não me sinto muito bem na hora, me dá uma raiva, mas respiro fundo e conto até dez. Eu procuro saber o que ele tem para poder tentar entendê-lo, porque ele está assim (T.4).

Se eu disser que não sinto raiva, vou mentir, sinto raiva sim, dá uma raiva, mas eu tomo uma atitude, às vezes assim um pouquinho mais firme com o paciente (A.5).

[...] claro que a sensação que você tem é raiva, você tem vontade de esganar, mas não pode fazer isso, porque você está saudável e sabe que a pessoa que te agride não está (T.5).

O sentimento de raiva mediante a agressão advinda do paciente é tido como comum e inerente a toda pessoa que sofreu agressão e que, a partir desse comportamento do paciente, o profissional sente maior vontade de proceder com a contenção física, sem permitir que o paciente se mova no leito.

Sentir raiva é comum. Eu acho que não tem ninguém que diga que não sente raiva, tem hora que você tem vontade de pegar [...] de juntar com força e prender mesmo, aí que você tem vontade de conter e não deixar mexer nenhuma parte do corpo (A.3).

Em seu relato A.13 externa que tem a impressão de que a pessoa com transtorno mental provoca o profissional quando percebe sua irritação e, diante desse comportamento, revela que não possui mais vontade de cuidar e que ainda sente raiva do paciente.

O paciente psiquiátrico dá a impressão de que ele provoca a gente e quando você fica brava é pior ainda daí que ele provoca mais. É estranho, é uma situação estranha eu não fiquei com vontade de cuidar dele sabia. Nossa eu fiquei com muita raiva, com muita raiva daquele homem, até hoje eu lembro (A.13).

A raiva, mencionada anteriormente pelos sujeitos, é um sentimento gerador de violência, possui a capacidade de causar danos físicos e psíquicos em quem a recebe e, tem por sinônimos fúria, furor e ira (THEÓPHILO, 2011). Esta surge como um mecanismo de defesa do ser humano contra algo que lhe causa frustração. Dessa forma, quando alguém se sente desapontado com uma situação, tem vontade de atacar para se defender do que considera indesejado (BALLONE, 2006).

A raiva surge nos momentos em que o indivíduo se sente fraco ante uma situação que lhe causa desequilíbrio. No entanto, diz-se que esta pode ser positiva quando nos faz refletir sobre uma determinada situação e, a partir disso, aceitar nossa condição de impotente perante essa. Dessa forma, a raiva pode ser dissipada e em seu lugar sobrevém a aceitação da situação (CESAR, 2002).

Quando um indivíduo percebe que não pode conseguir o que deseja, surge a vontade de revidar. A essa vontade se dá o nome de raiva, que é conceituada como uma sensação de frustração por algo que se quer, mas que não se pode conseguir. Analisando por esse viés, diz-se que a raiva é considerada uma forma de violência (BALLONE, 2006; THEÓPHILO, 2011).

Fisiologicamente, um episódio de raiva produz um desarranjo no organismo, envolvendo uma série de aparelhos como o endócrino e o cardiovascular. Acontece

que a raiva é um sentimento gerado por um momento de estresse provocado por uma determinada situação. Como reação a esse estresse, o cérebro libera substâncias capazes de excitar as glândulas suprarrenais que liberam um *flush* de adrenalina na corrente sanguínea que faz com que o indivíduo fique alerta. A reação se estende para os vasos periféricos diminuindo sua luz e o aporte sanguíneo, com aumento da frequência cardíaca (BALLONE, 2006).

Muitos são os fatores capazes de produzir raiva no ser humano como cultura, o meio em que o indivíduo vive, ambiente de trabalho hostil e mecanismos pessoais de defesa, pois cada indivíduo avalia uma situação como estressante e capaz de causar raiva ou não (BALLONE, 2006).

O agente causador do sentimento denominado raiva, em muitos casos, não pode ser claramente identificado, pois cada indivíduo enfrenta uma situação de forma diferente de outro, ou seja, um fator estressante e causador de raiva para uma pessoa pode não o ser para outra (BALLONE, 2006).

A raiva pode ser desencadeada mediante um objeto de preconceito do indivíduo. Assim, quando se tem preconceito contra uma determinada classe social, etnia ou condição de determinadas pessoas o indivíduo pode ser tomado pela raiva e o simples fato de ser exposto à presença do objeto de preconceito, causa desagrado e o organismo reage perante esse estressor (BALLONE, 2006). Aqui incluímos como objeto de preconceito o portador de transtorno mental, sendo este alvo de preconceito socialmente e historicamente construído e potencial causador de estresse no indivíduo que dele tem preconceito.

4.3.5 Pesar e inconformidade por ter sido agredido

Em face da violência sofrida, o profissional de enfermagem se questiona se conseguirá permanecer na profissão que escolheu. Demonstra sentimento de descontentamento e externa que foi vítima de algo que não mereceu e que se sente afrontado, demonstrando sua inconformidade com a violência sofrida pelo paciente.

No momento a gente fica pensando 'estou aqui para ajudar' primeiramente, é meu trabalho, é o que eu escolhi para fazer e

acaba sofrendo algumas coisas que não tem culpa [...] a gente fica às vezes desgostoso da vida, do trabalho [...]. E depois fica aquela coisa assim 'será que eu vou continuar com isso aqui, será que não vou?' [...] 'eu não merecia' (A.14).

Você acaba pensando, 'estou aqui trabalhando e ainda tenho que aguentar esse tipo de coisa', por mais que o paciente esteja fora da casinha, eu não estou aqui para escutar isso. E você fica um pouco chateado [...] não vou dizer que não, isso mexe um pouquinho com os brios da pessoa (E.4).

Juntamente ao problema da violência contra a equipe de enfermagem, há o trauma psicológico que sucede a esse profissional devido à agressão sofrida, que pode resultar em frustração ante o ocorrido. O profissional tende a não acreditar que isso possa acontecer a ele, ou que não acontece com pessoas que trabalham honestamente. Assim, nota-se a agressão como causadora de danos psicológicos ao indivíduo que a recebe, como depressão e falta de autoestima, entre outros (PATERSON; LEADBETTER; BOWIE, 1999).

O ato violento em si não pode ser avaliado como unicausal, tampouco ser observado de um único ângulo. Para tanto, há que se atentar para as várias nuances que culminam com o ato em si. No que concerne aos atores desse fenômeno, observa-se no agressor a intencionalidade, o desejo de ser ouvido, ser visto e respeitado, o seu modo de pensar a qualquer custo, mesmo que para isso se tenha que sacrificar a liberdade do outro, como forma de impor suas vontades. Olhando pelo ângulo do indivíduo agredido, observa-se o sentimento de não possuir liberdade e um profundo mal-estar por ter sido desrespeitado, ficando em si marcas físicas, sobretudo psicológicas, que perdurarão por muito tempo (BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Nesse sentido, a violência se torna um problema de saúde pública, por se tratar de uma potencial ameaça à vida, afetando diretamente a saúde daquele que recebe a agressão e, dependendo de intensidade, pode levar à morte (MINAYO; SOUZA, 1999; REYES; DIAZ; CARMENATTES, 2008).

Em contrapartida ao descontentamento e inconformidade registrada por A.14 e E.4 anteriormente, observa-se a percepção desse mesmo sujeito, na fala seguinte, quando pontua que a violência é um efeito colateral da profissão, pelo fato de o

profissional estar exposto e faz uma analogia da profissão ao trabalho de policiais. Pontuou ainda que, quem nunca sofreu qualquer tipo de agressão, possivelmente será vítima em algum momento no desempenho profissional.

[...] a violência é um efeito colateral da nossa profissão [...] você que trabalha na área da saúde, inevitavelmente, acaba sendo exposto como um policial acaba correndo os riscos de levar um tiro [...] na nossa profissão também, a gente acaba tendo esse risco, principalmente, na porta de entrada que é o pronto atendimento. Em algum momento da sua vida, você vai sofrer, isso vai acontecer em algum momento (E.4).

Estudo revelou que os membros da equipe de enfermagem acreditam que ser violentado faz parte do cuidar e é inerente à profissão. Por conseguinte, na ótica do profissional, a violência não é vista como tal por não ter caráter de intencionalidade e premeditação. Isso somado ao momento de fragilidade em que se encontra o paciente são motivos alegados para não registrarem a ocorrência (COSTA; MARZIALE, 2003). Alguns profissionais não registram ocorrência de eventos violentos, pois os considera um risco inerente à profissão (ANTONIUS *et al.*, 2010).

Todavia, não relatar acontecimentos de atos violentos pode imperrar o processo empírico de averiguação de possíveis agressores e identificação de situações que predizem o ato violento. Isso é preocupante por causa das consequências físicas e psicológicas que possam acometer as vítimas (ANTONIUS *et al.*, 2010).

Ainda, quanto à reação da equipe mediante agressão advinda do paciente, E.4 afirmou ter reagido por impulso de modo a agredir fisicamente o paciente, assim como A.6 afirmou reagir violentamente perante uma situação como esta. Um dos sujeitos diz que observa na equipe a vontade de revidar à agressão do paciente, contudo nunca sentiu essa vontade; o fato de ocorrer agressão entre os membros da equipe foi mencionado por T.1 e, também que, em alguns casos, o paciente tem vontade de medicar a equipe.

Na segunda vez que ele me agrediu eu bati nele [...] eu perdi a cabeça na segunda vez [...] na primeira vez que ele me bateu eu não reagi nada, então aquilo foi automático. Eu não pensei, eu simplesmente virei a mão e dei um murro no braço dele. É claro, não foi nada muito [...]. Mas, era um paciente muito complicado porque, imagina ele pegou, pegou o caco, passou na barriga e cortou, ficou todo dilacerado, então era extremamente complicado de cuidar no nosso ponto de vista da época (E.4).

A própria equipe parece que tem problema, a própria [...] às vezes eu acho que tem pacientes que tem vontade de levantar e medicar a equipe. Porque a equipe parece doente, sabe de entrar já, e aquela carga pesada, todo mundo se xingando (T.1).

Tem colegas que diz ter vontade de agredir, eu não sinto essa vontade de agredir, eu sou firme com eles, eu mando ficar quieto, às vezes eles gritam e eu falo que também sei gritar, mas, dizer que eu agrido ou qualquer coisa, jamais passou pela minha cabeça em momento nenhum (A.5).

Eu reajo com violência, sinceramente, quando tem um doido, eu não vou apanhar, não vou ser mordida. Não vou ser nada [...] Eu sempre falei, a força maior domina a menor. O doente [...] está em grau inferior ao da gente, que está no comando então eles tem que [...] pode fazer queixa, pode fazer tudo, mas na hora ali [...] ele está sob o meu comando. Então, a força maior domina a menor (A.6).

Estados aversivos, característicos de situações como o medo ou ansiedade, se dão em decorrência de mecanismos internos que funcionam com o intuito de preservação da integridade do indivíduo. As situações entendidas como ameaçadoras fazem com que o organismo desenvolva uma série de reações que culminam com sua prontidão para a luta ou fuga (GUYTTON; HALL, 2009).

Quando se entende que há possibilidade de vencer um embate então o organismo nos impele a lutar, entretanto, quando este percebe que vencer não é possível somos levados à fuga como forma de defesa. Baseado nessa resposta orgânica, natural do ser humano, é que se entende a violência como forma de defesa e preservação da vida (BRANDÃO *et al.*, 2003; GUYTTON; HALL, 2009).

Ao reportar-se à fala de E.4, percebe-se explicitamente que o comportamento do profissional foi de reação a uma ameaça que culminou com a violência praticada contra o paciente que anteriormente o havia agredido, ou mesmo

na fala de A.5 quando enfatizou que seus colegas manifestam o desejo de agir com violência contra o paciente. A esse respeito, retoma-se a máxima de que a violência constitui-se numa reação de defesa natural que qualquer indivíduo tem mediante uma ameaça (MAY, 1974; DADOUN, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; GUYTTON; HALL, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos desta pesquisa foram atingidos, pois os dados que emergiram das entrevistas com os profissionais de enfermagem permitiram a compreensão da vivência e a análise da violência ocorrida durante a prática profissional dos sujeitos.

Por intermédio das informações fornecidas, por meio das entrevistas, percebe-se que os sujeitos em algumas situações foram vítima de violência advinda do paciente com transtorno mental, de pacientes com patologias clínicas. Contudo, a ocorrência de violência, durante a trajetória da prática dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, não foi atribuída ao portador de transtorno mental a característica de maior agressor da equipe.

Reitera-se que esta pesquisa foi motivada por uma inquietação em saber se os pacientes com transtorno mental, que adentram ao PA, local deste estudo, cometem violência à equipe de enfermagem ou se essa afirmação constitui mito perpetuado desse paciente como violento e que, por esse motivo, necessita ser contido prontamente e mesmo mantido em local separado dos demais, como esses mesmos sujeitos mencionaram em pesquisa anterior.

Obteve-se que os sujeitos tinham dúvidas em saber se o paciente que investia contra a equipe era ou não portador de transtorno mental e que, muitas vezes, afirmavam enfaticamente ser um indivíduo em sofrimento psíquico pela forma como agia. Contudo, com o desenvolver de cada entrevista percebeu-se que o fato do indivíduo crer que violência é prerrogativa de paciente com transtorno mental fazia com que em todas as situações, nas quais se sofria ou presenciava violência, o paciente agressor era considerado como tal.

Situações em que pacientes com transtorno mental investiram contra os profissionais foram pontuadas, pelos participantes, como fatores desencadeantes do fato de o paciente não estar fazendo uso de medicamento ou por estar em crise.

A violência autoinfligida foi relatada como uma das mais frequentes cometidas pelas pessoas com transtorno mental, reforçando o que a literatura traz sobre a temática.

Os sujeitos consideraram a agressão como uma forma de defesa do paciente, assim como em qualquer indivíduo que se sinta ameaçado por algo.

Houve menção ao fato de que o paciente agride por ser portador de transtorno mental, sendo esse um comportamento normal do paciente.

A agressão, conforme os dados desta pesquisa, é motivada por algum acontecimento real ou mesmo motivada pelos sintomas de transtorno mental. Segundo alguns participantes desta pesquisa, o paciente pode agredir por se sentir acuado ou por algo que não quer fazer, mas que lhe obrigam, ou mesmo quando alguém lhe responde de forma grosseira.

Sentimentos de discriminação contra o paciente com transtorno mental foram demonstrados por alguns sujeitos ao referir que esse indivíduo deveria permanecer nos hospitais psiquiátricos. Uma afirmação de um dos sujeitos foi de que hoje a sociedade está mais violenta pela redução de leitos em hospitais psiquiátricos, que está ocorrendo devido às mudanças impulsionadas pela reforma Psiquiátrica. Essa declaração reforça o mito do paciente perigoso para a sociedade.

Chamamos mito, pois de um total de 38 sujeitos, apenas cinco afirmaram ter sofrido violência de um paciente com transtorno mental, e esses sujeitos tinham tempo superior a três anos, chegando até vinte e oito anos de prática na Enfermagem. Então, somos levados a afirmar que a violência é mais inferida do que sofrida. Salientamos, ainda, que das situações nas quais a violência aconteceu, os fatores desencadeantes, pontuados pelos sujeitos desta pesquisa, são reforçados pela literatura.

Alguns profissionais manifestaram sua inconformidade com a violência sofrida e afirmaram que sentiram raiva do paciente depois de um episódio violento e que, após isso, não se sentiam motivados a prestar cuidado a esse indivíduo.

Pelas falas dos participantes, pudemos perceber que grande parte deles tem medo de atender o paciente com transtorno mental e percebem que alguns colegas se indisponibilizam para esse cuidado.

A violência a pacientes, advinda do profissional, também foi relatada como uma forma de resposta instantânea à agressão provocada pelo paciente e considerada como um instinto de defesa do ser humano. Contudo, convém lembrar que não se pode partir do princípio de que a violência é natural do ser humano e que seu uso constitui uma defesa, portanto legitimado.

Considerando os danos físicos e/ou psíquicos que a violência acarreta ao indivíduo, há que se lutar contra esse comportamento, sobretudo saber suas causas

para que se possa discutir a questão da violência durante a realização do cuidado, seja ela advinda do paciente, da família/acompanhante ou mesmo da equipe.

A abordagem terapêutica foi mencionada como forma adequada e que atua eficazmente na antecipação de qualquer cuidado técnico que se pretende realizar ao paciente com transtorno mental.

É relevante destacar que um mito ou estigma, quando historicamente sustentados, perduram até que a sociedade possua conhecimento suficiente para superá-los. Nesse sentido, espera-se que este trabalho contribua para a desconstrução social do indivíduo com transtorno mental como violento e perigoso, pois dos 38 sujeitos que relataram sua vivência de violência em si ou presenciada em um colega, somente cinco tiveram a experiência de sofrer agressão advinda da pessoa com transtorno mental, em toda a sua trajetória profissional.

Considera-se ainda, que esta pesquisa contribui para desfazer esse mito, contudo não se teve a pretensão de esgotar a temática, sobretudo por sua amplitude. Assim, espera-se que este trabalho incite o desenvolvimento de novas pesquisas, com o escopo de conhecer a vivência de equipes de enfermagem, de locais nos quais pacientes com transtorno mental são atendidos, para que sejam confrontadas com a nossa realidade estudada.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, E. Violência em saúde: quando o médico é o vulnerável. **Revista Bioética**, vol. 12, n.2, 2004, p. 121-126. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/139>. Acesso em: 01/11/2011.

ALBUQUERQUE, V. S. Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. 195 fls. [Tese] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25736_albuquerquevsm.pdf>. Acesso em: 11/10/2011.

ANTONIUS, D. *et al.* Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. **Am J Psychiatry**, vol. 167, 2010, p. 253–259. Disponível em: <<http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/.../167/.../25>>. Acesso em: 13/10/2011.

ARANHA, M. L. de A; MARTINS, MHP. **Filosofando**: introdução à filosofia. 3ª ed. São Paulo: Moderna, 2008. 439p.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Trad. André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 114p.

ÁVILA, J.M. *et al.* Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. **Semergen**, vol. 25, n. 6, 2002 p. 532-536. Disponível em: < www.semergen.es/semergen/cda/.../532-536.pdf >. Acesso em: 23/02/2011.

AZEVEDO A. L. C. S., *et al.* Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Vol. 12, n. 4, out/dez, 2010, p. 736-745. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>>. Acesso em: 12/10/2011.

BALLONE, G. J. Esquizofrenias. In: **PsiquWeb** [Internet], 2005b. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=171&sec=54> Acesso em: 14/09/2010.

BALLONE, G. J. Depressão na Esquizofrenia. In: **PsiquWeb** [Internet], 2005c. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=175&sec=54> Acesso em: 14/09/2010.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. Comportamento Violento. In: **PsiquWeb** [internet], 2005. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=9&art=34>
Acesso em: 14/09/2010.

BALLONE, G. J. Raiva e ódio: Emoções Negativas in. **PsiquWeb**, 2006 [Internet]. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>. Acesso em: 01/11/2011.

BARBOSA, R. **Violência psicológica na prática profissional das enfermeiras**. Curitiba, 2008. 96 pg. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 9ª ed. Edições, 2009. 281p.

BARROS, G. Abordagem das emergências psiquiátricas. In: FLACÃO, L. F. dos R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. do. **Emergências: fundamentos e práticas**. 1ª Ed. São Paulo: Martirani, 2010, p. 1051–1054.

BERTOLETE, J. M. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução? Editorial. **Rev. Bras. Psiqu.** Vol. 31, Sup. II, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600001. Acesso em: 15/05/2010.

BOARINI, M. L. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 2006. 128p.

BORBA, L. O. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. 183fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.

BRANDÃO, M. L. *et al.* Organização neural de diferentes tipos de medo e suas implicações na ansiedade. **Rev Bras Psiquiatr.** Ribeirão Preto, vol. 25 (Supl. II), mês, 2003, p. 36-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s2/a09v25s2.pdf>. Acesso em: 25/10/2011.

BRASIL. PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/...saude/saude-mental/portaria_224.pdf>. Acesso em: 15/10/2011.

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

12/10/2006.

BROUWER, D. de. **Violência**. Trad. Anna Maria Gonçalves. Rio de Janeiro: Laudes S.A. 1967. 229p.

BUSTAMANTE, R. M. da C.; MOURA, J. F. de (Org.) **Violência na História**. Rio de Janeiro: Manuad X: FAPERJ, 2009. 295p.

CAFAGNE, A. M.; CASTRO, A. F. B. de; ARAÚJO FILHO, G. M. de. Neurologia aplicada à psiquiatria. In: FLACÃO, L. F. dos R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. do. **Emergências: fundamentos e práticas**. 1ª Ed. São Paulo: Martirani, 2010, p. 1101-1105.

CAMPELLO, A. E. C; ARRIBAS, C. G; Agitação psicomotora em emergência. In: FLACÃO, L. F. dos R; COSTA, L. H. D; AMARAL, J. L. G. do. **Emergências: fundamentos e práticas**. 1ª Ed. São Paulo: Martirani, 2010. 1055-1063p.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07.pdf>, acesso em: 10/02/2010.

CARDOSO, C. F. Violência e política no Egito antigo. In: BUSTAMANTE, RM da C; MOURA, JF de (Org.) **Violência na História**. Rio de Janeiro: Manuad X: FAPERJ, 2009. 295p.

CARDOSO, J. M. N. Alcoolismo e psiquiatria forense. In: **Manual de psiquiatria clínica**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. p. 361- 375.

CECCARELLI, P. R. **Violência e cultura**. In: RUDGE, AM. (org.). Traumas. São Paulo: Escrituras, 2006, p. 111-123. Disponível em: http://ceccarelli.psc.br/paulorobertoceccarelli/?page_id=175>. Acesso em: 10/09/2010.

CESAR, B. **A natureza da raiva**. 2002. [internet]. Disponível em: <http://www.imagick.org.br/pagmag/especiais/raiva.html>>. Acesso em: 11/11/2011.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13ª ed. São Paulo: Editora Afiliada, 2007.
CHOE, J.Y; TEPLIN, L. A; ABRAM, K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *ps.psychiatryonline.org*. Vol. 59, n. 2, fev. 2008. Disponível

em:<<http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/59/2/153.pdf>>. Acesso em: 23/12/2010.

CONTERA-MORENO, L; CONTERA-MORENO, M. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, vol. 57, n. 6. Brasília, nov/dez 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600024 Acesso em: 10/06/2010.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev Bras Enferm**. Vol. 59, n.3 jun. 2006, p.337-343. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3.pdf Disponível em: http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&rlz=1R2RNQN_pt-BRBR458&biw=1280&bih=619&q=related:www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a16v59n3.pdf+viol%C3%Aancia+faz+parte+do+cuidado+costa+marziale,+2003&tbo=1&sa=X&ei=v53NTrSwlqfa0QHU4q07&ved=0CCYQHZA>. Acesso em: 27/09/2011.

CROCHIK, J. L. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 174p.

DADOUN, R. **A violência**: ensaio acerca do *homo violens*. Rio de Janeiro: Difel, 1998. 111p.

DAHLBERG, L. L; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007>. Acesso em 23/10/2011.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. 1948. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm Acesso em: 25/06/2010.

DINIZ, B. S. de O; KRELLING, R. Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. **Rev. de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, vol.33, N. 5, 2006. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n5/272.html> Acesso em: 13/06/2010.

ESTELMHSTS, P; *et al*. Emergências em saúde mental: prática da equipe de Enfermagem durante o período de internação. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, vol. 16, n.3, jul/set 2008. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/emergencias-em-saude-mental-pratica-da-equipe-de-enfermagem-durante-o-periodo-de-internacao-pdf-a74092.html>. Acesso em: 24/06/2010.

FEGADOLI, D. **A prática da enfermeira na educação em saúde para mulheres vítimas de violência doméstica**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

FERNANDES, C. M. B. *et al.* Violence in the emergence department: a survey of health care workers. **Canadian Medical Association Journal**. Vancouver, vol. 161, n. 10, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1230785/> Acesso: 12/05/2010.

FERRAZ, M. I. R. *et al.* O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. **Rev. Cogitare Enfermagem**. Curitiba, vol. 14, n. 4. 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/16395>. Acesso em: 26/06/2010.

FRIEDMAN, R. A. Violence and mental illness-how strong is the link? **N Engl J Med**. England, vol. 355, n. 20, p. 2064- 2066. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp068229>>. Acesso em: 23/10/2011.

GALLEGO, V. F. *et al.* Manejo inicial del paciente agitado. **Rev. Emergencias**. vol. 21, 2009, p.121-132. Disponível em: < www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf>. Acesso em: 15/10/2011.

GATTAZ, W. F. Violência e doença mental: fato ou ficção? **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, vol.21 n.4 ,1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400005 Acesso em: 23/04/2010.

GOODMAN, L.A. *et al.* Reliability of Reports of Violent Victimization And Posttraumatic Stress Disorder Among Men And Women With Serious Mental Illness. **Journal of Traumatic Stress**. Vol. 12. No. 4. 1999. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10646178>>. Acesso em: 12/10/2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.1014p.

GRÜDTNER, D. I. **Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras** [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/.../32861-40838-1-PB.pdf>. Acesso em: 30/10/2011.

HAMOLIA, C. C. Prevenção e manejo do comportamento agressivo. In: STUART, GW; LARAIA, MT. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. Trad. Dayse Batista, 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 654-675.

HAYECK, C. M. Refletindo sobre a violência. **Rev. Brasileira de História e Ciências Sociais**. Ano 1, n. 1, julho 2009. Disponível em: http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&biw=1276&bih=585&q=Refletindo+sobre+a+viol%C3%Aancia&aq=f&aql=&og=&gs_rfai=&fp=80558e2febab4603 Acesso em: 15/05/2010.

HEIM, J.; ANDRADE, A. G. de. Efeito do uso de álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Ver. de Psiq. Clín.* Vol. 35, supl. I, 2008, p. 64. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/pdf/61.pdf >. Acesso em: 02/08/2011.

HIDAY *et al.* 2001 Victimization: a link between mental illness and violence? *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 24, 2001, p. 559–572. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11795220>. Acesso em: 03/08/2011.

HOUAISS. **Dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J; IZQUIERDO, G. (col.). **Bases biológicas dos transtornos mentais psiquiátricos**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 352p.

KONDO *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**. Ribeirão Preto, vol. 45, n. 2, 2011, p. 501-507. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342011000200028&script=sci_arttext>. Acesso em: 21/10/2011.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 116p.

LION, J. R. Agressão. In: SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Tratado de psiquiatria**. Vol. 1, 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LIBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MANTOVANI, C. *et al.* Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 32, supl. 2, out. 2010, p. 96-103. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>. Acesso em: 28/11/2011.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. 164p.

MAY, R. **Poder e inocência: uma busca pelas fontes da violência**. Trad. Renato Machado. Brasil: Artenova S.A, 1974. 195p.

MENDONÇA, D. A. P. Periculosidade e controle social. **Revista da Faculdade de Direito da UFPR**. Curitiba, vol. 43, n 0, 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/direito/article/viewArticle/6992>>. Acesso em: 21/06/2010.

MERCHANT, J. A.; LUNDELL, J. A. **Workplace violence intervention research. Workshop**. Washington, DC., abril, 2001, p. 5-7. Disponível em: <[http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797\(00\)00289-0/abstract](http://www.ajpm-online.net/article/S0749-3797(00)00289-0/abstract)>. Acesso em: 26/04/2010.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde— Manguinhos**. Vol. 4, n.3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000300006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 15/06/2010.

_____. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002>. Acesso em: 16/07/2010.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: **pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MONTEIRO, C. B.; SOUZA, C. A. C. de. O paciente que manifesta agressividade na internação psiquiátrica: a representação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery R Enferm.** Rio de Janeiro, vol. 8, n. 3, dez. 2004, p. 439-47. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a17.pdf>. Acesso em: 19/05/2011.

MORAIS, G. S. da N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, vol. 22, n. 3, 2009, p. 323-327. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. Acesso em: 19/09/2010.

NAFFAH NETO, A. O estigma da loucura e a perda da autonomia. **Bioética**. São Paulo, vol. 6, n.1, 1998, p. 81-87. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/328/39>. Acesso em: 15/10/2011.

NEWHOUSE, T. Occupational violence in aged care. **Rev. Safety Science**. Port Adelaide, vol. 25, n. 1-3, 1997. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VF9-3SWTPH1-R&_user=687303&_coverDate=04%2F30%2F1997&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1528423789&_rerunOrigin=google&_acct=C000037779&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687303&_md5=483eef28a6f0bb4cd8fe4a8ea70d2936&_searchtype=a>. Acesso em: 19/05/2010.

NEGREIROS, P. de L. *et al.* Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. Vol. 12, n. 1, 2010, p.120-132. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>>. Acesso em: 01/10/2010.

NUNES, M.; TORRONTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 43, N. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800015&lng=pt>. Acesso em: 21/06/2010.

ODALIA, N. **O que é violência**. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. 94p.

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

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Diretrizes marco para afrontar La violencia laboral em el sector de La salud**. Genebra, 2002. Disponível em: < <http://www.icn.ch/es/pillarsprograms/workplace-violence-in-the-health-sector/>>. Acesso em: 09/07/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Violencia y salud**: Informe de la Secretaría. 2001 Disponível em: <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em: 27/05/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Acesso em: 02/04/2011.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. 144fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009.
PAES M. R., MAFTUM M. A., MANTOVANI M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, vol. 31, n. 2, junho 2010, p.277-284.

PAES *et al*. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da Equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, vol. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewPDFInterstitial/11238/6081>>. Acesso em: 15/11/2010.

PATTERSON, B.; LEADBETTER, D.; BOWIE, V. Supporting nursing staff exposed to violence at work. **International Journal of Nursing Studies**. UK, vol. 36, 1999. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-3XJK445-5&_user=687303&_coverDate=12%2F31%2F1999&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1528431227&_rerunOrigin=google&_acct=C000037779&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687303&_md5=9bedc0fda075a51a149f032aa9509a70&_searchtype=a>. Acesso em: 15/04/2010.

PERESE, E. F. Stigma, Poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. New York, vol. 13, n. 5, 2007. Disponível em: <<http://jap.sagepub.com/content/13/5/285.short>>. Acesso em: 11/10/2011.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996. 300p.

POLIT, D.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre, 2004. 540p.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**. Brasília, vol. 61, n. 3, maio/jun, 2008, p. 312-318. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006>. Acesso em: 23/08/2011.

RAIMONDO, M. L. **Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná: contribuições da Enfermagem**. Curitiba, 2010. 93f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

REYES, L. U; DIAZ, C. R; CARMENATTES, N. R. Enfermedad mental y violencia. Propuesta de intervencion En enfermeria. Hospital psiquiatrico. Camaguey. Cuba 2008. [internet]. **9º Congreso Virtual de Psiquiatria. Interpsiquis**. Fevereiro, 2008. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 19/11/2010.

ROCHA, G.; BARCELOS, I. C. R. R. A relação intersubjetiva no cuidar de enfermagem em saúde mental: Competência para o cuidado em saúde mental. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam**. [online] 2 (Ed. Supl.). vol. 921, out/dez 2010, p.925-921. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/1180>> Acesso em: 02/08/2011.

RODRIGUES, *et al.* Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas – SMAD**. Vol. 6. n. 1, 2010, p. 1-13. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80313414011>>. Acesso em: 23/10/2011.

SACRAMENTO, L. de T. e; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Rev. Aletheia**. [online], n. 24, 2006, PP 95 -104. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000300009&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 04/11/2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Trad. Cláudia Dorneles. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCHILLING, F. Um olhar sobre a violência da perspectiva dos direitos humanos: a questão da vítima. **Rev. IMESC**. N. 2, mês 2000, p. 59-65. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/art4rev2.pdf>>. Acesso em: 26/02/2011.

SHIMBO, A. Y. **O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos**. 2008. 80f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2008.

SILVA, L. M. G. da, *et al.* Comunicação não verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 8, n. 4, p. 52-58, agosto, 2000. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12384.pdf. Acesso em: 20/08/2011.

SMELTZER *et al.* **Brunner e Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. 6a ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

STUART, H. Violence and mental illness: an overview. **World Psychiatry**. Canadá, vol. 2, n. 2 - June 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525086/>>. Acesso em: 17/10/2011.

TANESI, P. H. V; *et al.* Adesão ao tratamento clínico no transtorno de Personalidade borderline. Estudos de Psicologia. São Paulo, vol. 12, n. 1, 2007, p. 71-78. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a09v12n1.pdf >. Acesso em: 10/10/2011.

TEIXEIRA, E. *et al.* Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. **J. bras. psiquiatr.** [online]. 2007, vol.56, n.2, pp. 127-133. ISSN 0047-2085. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0047-20852007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28/09/2011.

TELLES, L. E. de B; FOLINO, J. O; TABORDA, J. G. V. incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. Ver. De Psiquiatria. Rio Grande do Sul, vol. 33, n. 1, 2011, p. 3-7. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/1348.pdf >. Acesso em: 13/11/2011.

TEPLIN, L. A *et al.* Crime victimization in adults with severe mental illness. **Arch Gen Psychiatry**. Chicago, vol. 62, 2005, p. 911-921. Disponível em: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/abstract/62/8/911>>. Acesso em 23/07/2011.

THEÓPHILO, R. **A raiva é uma forma de violência**. [internet]. 2011. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/AP2.htm>>. Acesso em: 10/11/2011.

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

VASQUEZ, A. S. **Ética**. Trad. João Dell' Anna, 28ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 301p.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.26, n. 2, p252-260, agosto 2005. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download//2511>>. Acesso em: 25/06/2011.

WALSH, E.; BUCHANAN, A.; FARY, T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, vol. 180, 2002, p. 490- 495. Disponível em: <bjp.rcpsych.org/content/180/6/490.full.pdf>. Acesso em: 27/ 09/2011.

YASSI, A. Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital. **CanMedAssocJournal**. Winnipeg, vol 151, n. 9, 994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337327/pdf/cmaj00057-0051.pdf>> Acesso em: 28/05/2010.

ZALUAR, A. [1999]. Violência e crime. In: MICELI, S. (ed). **O que ler nas ciências sociais no Brasil (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré; ANPOCS, p. 28.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar por meio do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa intitulada: **“VIOLÊNCIA À EQUIPE DE ENFERMAGEM PELO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL”**.

O referido estudo tem como objetivos: 1. Conhecer como ocorre a violência à equipe de enfermagem pelo portador de transtorno mental em um pronto atendimento de um hospital geral; 2. Caracterizar o perfil de portadores de transtorno mental admitidos no Pronto Atendimento; 3. Apreender a percepção da equipe de enfermagem quanto à presença de portador de transtorno mental no Pronto Atendimento; 4. Verificar como a equipe de enfermagem percebe o fenômeno da violência pelo portador de transtorno mental. 5. Identificar os tipos e motivos de violência ocorridos à equipe de enfermagem pelo portador de transtorno mental; 6. Identificar o conceito de violência da equipe de enfermagem.

E será desenvolvida pela Dra. Mariluci Alves Maftum, professora de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR. A sua participação nesta pesquisa é livre, não cabendo qualquer benefício ou remuneração. Não há riscos, prejuízos, desconforto ou lesões que possam ser provocados pela pesquisa, não havendo necessidade de indenização ou ressarcimento de despesas. Não há benefícios pessoais decorrentes da sua participação na pesquisa. O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio dados obtidos nos prontuários de entrevista e você poderá declinar sua participação na pesquisa a qualquer momento caso sinta-se afetado.

Os dados serão coletados por meio de prontuários e de entrevista semi-estruturada utilizando como recurso roteiro de entrevista e gravador, sendo garantidos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo.

Está garantido o cumprimento de todas as determinações ético-legais antes, durante e após o término desta pesquisa de acordo com a Resolução 196/96.

A pesquisadora responsável Prof^a. Dra. Mariluci Alves Maftum – coloca-se à disposição para esclarecimentos a respeito de qualquer etapa desta pesquisa e poderá ser contatada de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00h, através do fone: (041) 3360-7244. Endereço: Rua Padre Camargo, 280. CEP: 80060-240 Alto da Glória, Curitiba-PR. Endereço eletrônico: maftum@ufpr.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“VIOLÊNCIA À EQUIPE DE ENFERMAGEM PELO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL”**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como não haver riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer penalidade.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Curitiba, ___/___/____.

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Grau de instrução

() Ensino médio () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado

Categoria profissional

() Enfermeiro () Auxiliar de enfermagem () Técnico em enfermagem

Tempo de trabalho na instituição _____ anos e _____ meses

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

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

Modalidade () Hospital Dia () CAPS () Ambulatório () Hospital Psiquiátrico

Outros: _____

2 PERGUNTA DE PESQUISA

Relate sobre sua vivência de violência provocada por pacientes com transtorno mental à equipe de enfermagem na sua trajetória profissional, discorrendo acerca de **tipos e fatores desencadeantes**.

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO*

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTRE VISTAS	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR/CAT	% UR/CAT
Nunca sofri violência	43	15		A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem	474	63%
Nunca sofri violência de um paciente com transtorno mental	34	34				
Ouvi contar estórias que um paciente com transtorno mental agrediu	29	16				
Tomo cuidados para não sofrer agressão	34	6				
Sei que tem paciente agressivo, mas nunca vi	1	1				
Não me lembro de casos de agressão aqui	2	1				
Não tenho vivência de portador de transtorno mental que agride a equipe	1	1				
Fui medicar e o paciente me agrediu	2	1				
Fui agredido por um portador de transtorno mental	7	2				
Nem todo portador de transtorno mental agride	10	5				
O portador de transtorno mental só agride se estiver em surto	12	6	A vivência da violência provocada pelo paciente com transtorno mental à equipe de Enfermagem			
O portador de transtorno mental agride na mesma proporção que o paciente clínico	1	1				

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

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO*

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTRE VISTAS	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR /CAT	% UR/ CAT
O portador de transtorno mental não agride a equipe	2	2	A percepção do profissional de enfermagem da violência presenciada perpetrada pelo paciente com transtorno mental	A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem	474	63%
O paciente que era agressivo falava sozinho	7	3				
O portador de transtorno mental em tratamento não é agressivo	1	1				
Pacientes com transtorno mental não agrirem	6	2				
Eu presenciei o paciente agredindo a equipe	19	8				
O paciente teve uma explosão e agrediu	2	2				
Pacientes com transtorno mental não agrirem	6	2				
O maior agressor da equipe não é o PTM	6	4				
Nunca presenciei agressão desse paciente						
Presenciei um paciente quebrando o mobiliário da unidade	6	3				
Não sei se o agressor era portador de transtorno mental	26	11				
O paciente se agride	21	8	Violência autoinfligida, verbal e física cometida pelo paciente com transtorno mental			
A maioria que atendemos é tentativa de suicídio	7	3				
Acontece mais agressão verbal	81	31				

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

APÊNDICE 3
QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO*

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTRE VISTAS	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR /CAT	% UR/ CAT
O paciente psiquiátrico agride muito verbalmente	4	1	Situções que levam a equipe de enfermagem ser agredida pelo paciente com transtorno mental	A violência cometida pelo paciente com transtorno mental à equipe de enfermagem	474	63%
A agressão física desse paciente é a que mais acontece	1	1				
O paciente agride quando forçado a fazer o que não quer	30	13				
O paciente agride pelo transtorno	36	14				
O paciente agride porque não quer ser contido	5	3				
O paciente agrediu porque não queria ser punicionado	6	2				
Se agir com grosseria o paciente agride	3	1				
O paciente se sentiu agredido e agrediu	2	1				
Se o paciente for tratado com agressividade ele agride	6	4				
O paciente agride quando se sente acuado	7	5				
Às vezes o paciente agride por culpa da equipe	1	1				
O paciente quer falar e você quer conter	4	2				
Insisti em medicar e o paciente agrediu	1	1				
O paciente agride porque fica assustado	8	6				

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

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO*

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTRE VISTAS	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR/CAT	% UR/CAT
Os crimes aumentaram com o fechamento dos leitos psiquiátricos	2	1	Discriminação para com o paciente com transtorno mental	Sentimentos e atitudes no cuidado ao paciente com transtorno mental em face ou não da violência sofrida	280	37%
Alguns pacientes têm que ficar no hospital sedado e contido	1	1				
O portador de transtorno mental tem que estar sempre contido	5	1				
A violência é um comportamento normal do portador de transtorno mental	15	7				
No meu outro serviço tem o "quartinho do louco"	1	1				
O paciente psiquiátrico agride involuntariamente	1	1				
O portador de transtorno mental deve ficar isolado dos demais	2	2				
O portador de transtorno mental é traiçoeiro e planeja a agressão	2	2				
Não confio no paciente psiquiátrico, ele planeja até te matar pelas costas	2	1				
Tenho medo de atender paciente com transtorno mental	121	21	Medo do paciente com transtorno mental			
Tenho medo porque nunca se sabe o que esse paciente pode fazer	1	1				
Eu não tenho medo de atender um paciente com transtorno mental	8	20				
Você sente medo e dó ao mesmo tempo	1	1				

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

APÊNDICE 3

QUADRO SÍNTESE DA CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO*

TEMAS/UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº UR/TEMA	TOTAL ENTRE VISTAS	SUB CATEGORIA	CATEGORIAS (CAT)	N./%UR/CAT	% UR/CAT
Já vi colegas se recusarem a atender PTM	10	6	Recusa em atender o paciente com transtorno mental	Sentimentos e atitudes no cuidado ao paciente com transtorno mental em face ou não da violência sofrida	280	37%
Alguns colegas se escondem para não cuidar	2	2				
Eu procuro me manter longe desse tipo de paciente	3	1				
Eu já me recusei a atender um PTM agressivo	23	4				
A equipe se sente cansada em cuidar	2	1				
Depois da agressão não tive mais vontade de atender	3	1				
Eu sinto raiva quando acontece a agressão	29	12	Raiva após a agressão sofrida			
Quando sou agredido sinto algo que não devia	3	1				
Eu fiquei brava com a agressão	4	2				
Quando o paciente agride aí que você tem vontade de conter	1	1				
Não sinto raiva pela agressão verbal	8	4				
Não me importo com a agressão verbal	22	7				
Tenho colegas que têm vontade de agredir o paciente	2	2				
Eu senti vontade de agredir o paciente	4	3				
Penso que não merecia a agressão	2	2	Pesar e inconformidade por ter sido agredido			

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

ANEXOS

ANEXO 1

Curitiba, 01 de setembro de 2010.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPR

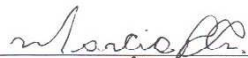
Prezado Coordenador:

Declaramos que nós da Unidade de Urgência e Emergência Adulto estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa: "**Violência à Equipe de Enfermagem pelo Portador de Transtorno Mental**" sob a responsabilidade de Mariluci Alves Maftun, em nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR, até o seu final em dezembro de 2013.

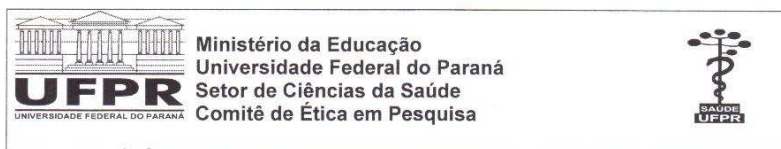
Estamos cientes que os sujeitos da pesquisa serão equipe de enfermagem do Pronto Atendimento Adulto, que voluntariamente aceitarem responder o questionário, e que o presente estudo deve seguir a resolução 196/96 do CNS e complementares.

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

Atenciosamente,



Rejane Maestri Nobre Albini
Gerente
Unidade de Urgência e Emergência Adulto

ANEXO 2

Curitiba, 23 de setembro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)
Mariluci Alves Maftum

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “**Violência à equipe de Enfermagem pelo portador de transtorno mental**”, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de setembro de 2010.

Registro **CEP/SD**: 1017.142.10.09 **CAAE**: 0242.0.208.091-10

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

Data para entrega do relatório final ou parcial: 22/03/2011

Atenciosamente



Prof. Dra. Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Prof.ª. Dra. Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br