

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

HELOISA FRANÇA BADAGNAN

**Competências de enfermagem para o atendimento de emergência
psiquiátrica no serviço de Pronto Atendimento**

Ribeirão Preto

2014

HELOISA FRANÇA BADAGNAN

Competências de enfermagem para o atendimento de emergência psiquiátrica no
serviço de Pronto Atendimento

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-
Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: O Doente, a
doença e as práticas terapêuticas

Orientador: Sueli Aparecida Frari
Galera

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

BADAGNAN, Heloisa França

Competências de enfermagem para o atendimento de emergência psiquiátrica no serviço de Pronto Atendimento, 2014.

87 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Galera, Sueli Aparecida Frari.

1. Emergência psiquiátrica 2. Profissionais de enfermagem 3. Competências críticas 4. Serviços de emergência

BADAGNAN, Heloisa França

Competências de enfermagem para o atendimento de emergência psiquiátrica no serviço de Pronto Atendimento

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho à Maria Luisa, minha filha amada, minha eterna companheira. Acha-me
pessoa mais inteligente do mundo mesmo sabendo que nem todas as respostas cabem
dentro de mim.*

*Dedico também aos meus pais, pelo amor que a mim dedicaram. Por sempre acreditarem e
apoiarem as minhas escolhas. Obrigada pelo cuidado e por serem meu suporte nos capítulos
mais importantes da minha vida.*

Agradecimentos

Ao meu companheiro Pipo, pela paciência e apoio na construção da minha carreira. Ainda por compartilhar sua vida comigo.

Á minha querida irmã pelas tabelas calculadas.

À tia Dalva, por suas velas e orações, sempre preocupada e disposta a oferecer apoio.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Sueli Galera pela confiança em me orientar e por todo o conhecimento a mim transmitido.

Á Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Zanetti, por acreditar em mim, por sempre me apoiar e oferecer ajuda no desenvolvimento do trabalho.

Pelas minhas grandes amigas, enfermeiras notáveis, que sempre me proporcionaram momentos de descontração e acalento. Silvana, Bruna, Ana, Natália, Carolina e Sabrina.

Aos funcionários e pacientes dos serviços estudados, que me ajudaram a crescer como profissional e me proporcionaram realizar um trabalho rico.

Á CAPES pelo auxílio financeiro por meio da bolsa de mestrado.

Resumo

BADAGNAN, H. F. Competências de enfermagem para o atendimento de emergência psiquiátrica no serviço de Pronto Atendimento. 2014. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório que buscou identificar as competências críticas para o atendimento das urgências e emergências psiquiátricas em unidades de Pronto Atendimento, relatadas pela equipe de enfermagem. O estudo foi realizado em dois serviços de Pronto Atendimento do município de Ribeirão Preto. Participaram 31 profissionais de enfermagem entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A metodologia se constituiu na utilização da “Técnica dos incidentes críticos” com a utilização de duas questões que tratavam do atendimento às urgências e emergências psiquiátricas. Após a análise dos dados os profissionais indicaram 55 incidentes, sendo 26 com referência positiva e 29 negativa. Categorizamos os elementos que compõem os incidentes críticos (situação, comportamento e consequência). Foram identificadas 55 situações e agrupadas em 5 categorias, sendo: Paciente agitado; Paciente calmo. Evasão e retorno à unidade; Ideação suicida/Tentativa de suicídio; Longa espera por atendimento. Em relação aos comportamentos, obtivemos 6 categorias: Abordagem Verbal; Restrição e isolamento; Avaliação e tomada de decisão; Interação da equipe e o trabalho multiprofissional; Reações diante a agressão física e verbal (sentimentos e ações); Interação do serviço de emergência com a Rede de saúde mental. Quanto às consequências obtivemos 3 categorias: o paciente se acalma, evasão da unidade e paciente recebe alta. A coleta e análise de incidentes críticos permitiu identificar um conjunto de competências para o atendimento de uma emergência psiquiátrica que fazem referência à saber reconhecer as situações de urgência ou emergência e aos comportamentos necessários para manejar o paciente. Elas envolvem escolher como e de que forma realizar a abordagem verbal, as técnicas de contenção física e química, a avaliação da contenção, e a interação do PA com a rede de atenção psicossocial. O conjunto de as situações descritas e os comportamentos adotados para prestar assistência são as competências críticas para se prestar assistência de enfermagem. Neste sentido este estudo confirmou que os conhecimentos sobre o relacionamento interpessoal em enfermagem e o conhecimento sobre as alterações das funções mentais em situações de risco são essenciais para o bom desempenho da prática de enfermagem. A competência que este estudo acrescentou foi o conhecimento sobre a rede de atenção psicossocial que possibilita que os grandes objetivos estabelecidos nas políticas de saúde mental brasileira possam avançar e se concretizar.

Palavras chave: 1. Emergência Psiquiátrica 2. Profissionais de Enfermagem
3. Competências Críticas 4. Serviços de Emergência

Abstract

BADAGNAN, H. F. Nursing skills to attend the psychiatric emergency in emergency units. 2014. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

This research is characterized as qualitative study, descriptive exploratory aimed identifying the critical competencies to meet psychiatric emergencies in emergency care units, reported by the nursing staff. The study was conducted in two emergency cares in Ribeirão Preto. Were interviewed 31 professionals, including nurses, technicians and nursing assistants. The methodology consisted in used the "critical incident technique" with two questions about the psychiatric emergencies in emergency cares unit. After data analysis we found 55 incidents, with 26 positive references and 29 negative references. The elements were classified like described in literature (situation, behavior and consequence). The situations were grouped into 5 categories, as follows: Agitated Patient; Quiet Patient; Evasion and return to unity; Suicidal ideation / suicide attempt; Long waits for care. Regarding behavior, we obtained 6 categories: Verbal Approach; Restraint and seclusion; Assessment and decision making; Team interaction and multidisciplinary work; Reactions to physical and verbal aggression; Interaction of emergency services to mental health network. About the consequences we found 3 categories: Quiet Patient, evasion of the unit and patient is discharged. The analysis of critical incidents identified a set of critical skills for the care of a psychiatric emergency. These skills make reference to how to recognize the urgent or emergency situations and behaviors necessary to manage the patient. These behaviors involve how to choose and how to use verbal approach, the techniques of physical and chemical restraint, evaluation of restraint, and the interaction of Emergency unit with the network of psychosocial care. We checked the interpersonal relationship as central to the development of skills, because it is through this relationship that the professional knows the needs of the patient and can assess the mental functions. The set of situations described as psychiatric emergencies and behaviors adopted to assist the demands of critical skills to provide nursing care in the emergency service. In this sense this study confirmed that knowledge on the interpersonal relationship in nursing and knowledge of the changes of mental functions in situations of risk are essential for the proper performance of nursing practice. A competency that this study was added knowledge about the network of psychosocial care. This competency enables to achieve the goals established in Brazilian mental health policies to advance.

Keywords: 1. Psychiatric Emergency 2. Nursing Team 3. Critical Skills 4. Emergency units

Resumen

BADAGNAN, H. F. Competencias críticas para atender las urgências psiquiátricas em las unidades de emergencia. 2014. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio cualitativo, exploratorio descriptivo busca identificar las competencias críticas para atender las urgencias psiquiátricas en las unidades de emergencia, reportados por el personal de enfermería. El estudio se realizó en dos servicios de emergencia en Ribeirão Preto. Fueron entrevistados 31 profesionales, incluyendo enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería. La metodología consistió en utilizar el "técnica de incidentes críticos" con dos preguntas sobre las urgencias psiquiátricas en emergencia cuida unidad. Tras el análisis de los datos encontramos 55 casos, con 26 referencias positivas y 29 referencias negativas. Los elementos se clasifican como se describe en la literatura (situación, comportamiento y consecuencia) Las situaciones se agruparon en 5 categorías, de la siguiente manera: Paciente agitado; Paciente tranquilo; La evasión y el retorno a la unidad; Suicidal intento ideación / suicidio; Largas esperas para recibir atención. En cuanto al comportamiento, se obtuvo 6 categorías: Enfoque Verbal; Restricción y reclusión; Evaluación y toma de decisiones; La interacción del equipo y el trabajo multidisciplinario; Las reacciones a la agresión física y verbal; Interacción de los servicios de emergencia a la red de salud mental. Sobre las consecuencias que encontramos 3 categorías: Paciente tranquilo, la evasión de la unidad y el paciente es dado de alta. El análisis de incidentes críticos identificó un conjunto de habilidades críticas para la atención de una emergencia psiquiátrica. Estas habilidades hacen referencia a la forma de reconocer las situaciones y comportamientos de urgencia o emergencia necesarias para administrar al paciente. Estos comportamientos implican cómo elegir y cómo utilizar el enfoque verbal, las técnicas de contención física y química, la evaluación de la moderación, y la interacción de la unidad de emergencia con la red de atención psicossocial. Revisamos la relación interpersonal como fundamental para el desarrollo de habilidades, ya que es a través de esta relación que el profesional conoce las necesidades del paciente y puede evaluar las funciones mentales. El conjunto de situaciones descritas como las urgencias psiquiátricas y las conductas adoptadas para ayudar a las demandas de habilidades críticas para proporcionar atención de enfermería en el servicio de emergencia. En este sentido, este estudio confirmó que el conocimiento sobre la relación interpersonal en la enfermería y el conocimiento de los cambios de las funciones mentales en situación de riesgo son esenciales para el correcto desempeño de la práctica de enfermería. Una competencia que este estudio se añade el conocimiento de la red de atención psicossocial que permite alcanzar los objetivos establecidos en las políticas de salud mental en Brasil.

Palabras clave: 1. Emergencia psiquiátrica 2. Profissionais de la enfermeria 3. Competencias críticas 4. Servicios de emergencia

Sumário

1.INTRODUÇÃO	12
1.1 As situações de Urgência e Emergência nos Pronto Atendimentos.....	14
1.2 O preparo da equipe de enfermagem de Pronto Atendimento para o atendimento das emergências psiquiátricas.....	16
2. OBJETIVOS	21
2.1. Objetivo geral.....	21
2.2. Objetivos específicos.....	21
3. MÉTODO	22
3.1 Tipo de Estudo.....	22
3.2 Técnica dos Incidentes Críticos.....	22
3.3 Locais do estudo.....	25
3.4 Participantes da Pesquisa.....	27
3.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	28
3.6 Organização e análise dos dados	29
3.7 Procedimentos éticos e legais	31
4. RESULTADOS	32
4.1 Caracterização dos participantes.....	32
4.2 Análise dos incidentes críticos relacionados ao atendimento das UEP nos Pronto atendimentos gerais	33
4.3 Situações críticas de emergência e os conhecimentos implicados	35
4.3.1 Paciente agitado	36
4.3.2 Paciente chega calmo.....	38
4.3.3 Evasão e retorno à unidade	39
4.3.4 Ideação suicida/ tentativa de suicídio	41
4.3.5 Longa espera por atendimento	42
4.4 Comportamentos.....	44
4.4.1 Abordagem Verbal	45
4.4.2 Restrição e isolamento	49
4.4.3 Interação da equipe e o trabalho multiprofissional.....	51

4.4.4 Reações diante a agressão física e verbal.....	53
4.4.5 Interação do serviço de emergência com a Rede de saúde mental.....	55
4.5 Consequências.....	57
4.5.1 Paciente acalma	58
4.5.2 Evasão da unidade	59
4.5.3 Paciente recebe alta	61
5 Exigências críticas para atender a emergência psiquiatria.....	62
6. DISCUSSÃO.....	64
6.1 Situações definidoras de uma emergência psiquiátrica.....	64
6.2 Competências – Saber avaliar e tomar decisão.....	66
7. CONCLUSÕES.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICE I.....	84
APÊNDICE II.....	85
ANEXO.....	87

1.Introdução

Na década de 80 surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais no Brasil. Essas propostas caminharam para um rearranjo na forma de atenção, anteriormente focado em grandes manicômios e atualmente centrado na comunidade.

Em 2001 um novo modelo de atenção deixou de estar previsto unicamente em portarias do Ministério da Saúde e em algumas leis estaduais, e passou a ter sede na Lei nº10.216/2001, que reconheceu o direito à reinserção social dos indivíduos com transtornos mentais. (WAIDMAN, JOUCLAS, STEFANELLI, 2008)

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01 busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Ela garante a livre circulação dos indivíduos com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, oferecendo cuidados com base nos recursos que seu próprio meio disponibiliza. (BRASIL, 2001)

Este modelo horizontal conta com uma rede de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III) além da rede básica de serviços de saúde (Unidades Básicas de saúde, Unidades de Pronto atendimento e Ambulatórios). (BRASIL, 2001)

A rede de atenção básica se consolida com a Política da Atenção Primária à Saúde (Portaria Nº 648 GM/2006) criada como estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (BRASIL, 2006)

Portanto serviços como a Estratégia Saúde da família, o Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e os serviços de Pronto Atendimento (PA) ampliaram a rede de atenção e ajudaram a garantir a assistência ao paciente com Transtornos mentais. Estes serviços, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) descentralizam o atendimento antes voltado somente aos hospitais psiquiátricos e fazem a integração uns com os outros. (DOS SANTOS et al. 2000)

A nova perspectiva das políticas e o remodelamento do atendimento nos serviços de atenção a saúde mental pressupõe deslocar os indivíduos com transtornos mentais de leitos de hospitais psiquiátricos para serviços abertos ou semiabertos como os Centros de Atenção psicossociais. (LOVISI et al. 2009)

Os CAPS são serviços que prestam atendimento clínico em regime de atenção diária. Eles acolhem e atendem as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território além de promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL 2002)

Dando suporte à rede de saúde mental e aos CAPS os serviços de pronto atendimento (PA) surgem como locais de retaguarda, realizando o atendimento de situações de urgências e emergências psiquiátricas (UEP).

Em 2011 foi consolidada a rede de atenção psicossocial (RAPS), que tem como proposta garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela comunidade e o convívio familiar e social. Ela consolida a política de atenção primária com vistas à saúde mental como forma de garantia ao atendimento comunitário e regionalizado do paciente com transtorno mental. (BRASIL, 2011)

A reorganização da rede de saúde mental faz com que as pessoas vivendo as situações de crise ou quadro agudo do seu transtorno mental procurem os serviços emergenciais gerais (DE SOUZA, DA SILVA, OLIVEIRA, 2010). Portanto os PA's devem ser reconhecidos como pilares assistenciais importantes na rede de atenção psicossocial.

A efetiva integração de um local que atenda a demanda das urgências e emergências psiquiátricas (UEP) com os demais serviços de saúde mental disponíveis na região é um fator decisivo para o bom funcionamento da rede de saúde mental (KATES et al. 1996). Dentro de uma rede articulada, o pronto atendimento geral tem um papel relevante no controle da crise e no reconhecimento de sinais e sintomas característicos de cada doença. Essas ações auxiliam na tomada de decisão rápida, indicação do tratamento e referência do paciente.

Embora os serviços emergenciais sejam uma importante ferramenta na

assistência psiquiátrica, não há trabalhos com resultados claros de como ocorre o atendimento aos usuários com esta demanda e nem de como este serviço se desenvolve no âmbito da saúde mental.

1.1 As situações de Urgência e Emergência nos PA

As situações caracterizadas como UEP são muito comuns nos PA's. Os principais motivos para a procura desse tipo de atendimento são as situações de agitação psicomotora e agressividade ocasionadas, em sua maioria, pelos transtornos psicóticos e de humor e também pelo abuso de substâncias. (QUEVEDO; CARVALHO, 2014)

Um estudo conduzido em São Paulo por um período de 30 meses mostrou que cerca de 70% dos pacientes em primeiro episódio psicótico tiveram seu primeiro contato com os serviços de PA gerais, mostrando a importância dos serviços emergenciais na rede de atenção à saúde mental. Nos estados unidos, cerca de 1,7 milhões de pacientes com agitação psicomotora passam pelos serviços de PA por ano. (MENEZES et al. 2007)

Outra situação de emergência inclui o suicídio, que embora suas taxas no Brasil sejam baixas em comparação com outros países, os índices nacionais cresceram de maneira significativa nos últimos anos. ⁶ Segundo o relatório de 2014 da OMS, cerca de 1 milhão de pessoas tentaram suicídio em 2013, sendo a terceira causa de morte no mundo, de pessoas entre 15 e 44 anos. Esses números não incluem as tentativas de suicídio que pode ser muitas vezes mais freqüente do que o suicídio. (OMS, 2014)

A ideação suicida também é uma situação emergencial em saúde mental, pois dependendo do seu grau de intenção e especificidade dos planos, o ato pode ser consumado. O número de tentativas de suicídio ainda é muito grande, com 20 milhões de tentativas por ano. Segundo a OMS, 5% das pessoas no mundo fazem uma tentativa de suicídio pelo menos uma vez em sua vida. (OMS, 2014)

Os transtornos ansiosos são também transtornos prevalentes nos serviços de emergência. O indivíduo acometido pelo ataque de pânico - um tipo de transtorno

ansioso - frequentemente acredita estar apresentando um quadro orgânico grave, como infarto agudo do miocárdio, devido à sintomatologia semelhante como sudorese intensa, palpitações, dores torácicas e sensação de asfixia. (CLARKE; HUDGES, 2012)

As queixas clínicas e a falta de conhecimento em saúde mental podem levar a equipe a não reconhecer os sinais e sintomas do transtorno mental demandando maior tempo em busca de desordens orgânicas, gerando sentimentos negativos na equipe em relação ao paciente (FILHO; VALENÇA; NARDI, 2007).

Em um estudo realizado em Calgary, no Canadá, que observou pacientes atendidos na emergência com sintoma de dor torácica e avaliados por exames cardiológicos e testes psicológicos, revelou que dos 1.364 pacientes com dor torácica, 411 apresentavam transtornos de pânico e destes, 306 não tinham diagnóstico de doenças coronarianas. (LYNCH; GALBRAITH, 2003)

Os pacientes que sofrem com o transtorno do pânico, geralmente são pacientes assíduos nos serviços emergenciais. ZANE et al (2003) descreve em seu estudo que estes pacientes procuram oito vezes mais os serviços de emergência em comparação a quem não sofre da doença. Nos EUA, seis milhões de pessoas procuram os serviços emergenciais ao ano com queixas de dores no peito, mas sem nenhum resultado clínico.

Portanto, é importante que o profissional que acolhe este paciente, tenha o conhecimento necessário para reconhecer essas situações, pois o prognóstico do paciente depende das ações que serão tomadas durante o atendimento inicial. Mesmo que mesmo que não haja nenhuma evidencia clínica de doenças ou agravos, há o sofrimento psicológico, que se não for identificado e tratado, pode culminar em injúrias ao paciente ou até o desenvolvimento de outros transtornos psiquiátricos (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Para que possa atender as UEP, o profissional deve possuir conhecimentos que possibilitem o acolhimento, elaboração e implementação do cuidado ao paciente, assegurando a totalidade das ações.

Como forma de contribuir com a educação e capacitação da equipe de enfermagem das unidades emergenciais para atender adequadamente os casos de UEP, a IV Conferência Nacional em Saúde Mental realizada no ano de 2010 propôs a

oferta da educação permanente para profissionais da rede de serviços em saúde mental (BRASIL, 2010).

No âmbito da urgência e emergência em saúde mental o relatório propõe a construção de protocolos de atendimento, a adequação da estrutura física destacando a capacitação dos profissionais. Segundo o relatório tais ações asseguram melhoria no atendimento e a execução da classificação de risco em emergência psiquiátrica (BRASIL, 2010).

Mesmo o enfoque do relatório para a promoção da educação permanente e capacitações, pouco se sabe quais são as reais necessidades e os conhecimentos específicos para o atendimento das UEP, já que a literatura com este foco ainda é escassa.

Neste sentido este trabalho tem a finalidade de contribuir com os estudos que buscam conhecer melhor as necessidades de capacitação dos profissionais de enfermagem que trabalham nos serviços emergenciais gerais.

1.2 O preparo da equipe de enfermagem de Pronto Atendimento para o atendimento das emergências psiquiátricas

BONFADA et al. (2012) realizou um estudo analisando as concepções dos profissionais de saúde do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) acerca do atendimento às urgências psiquiátricas. Os resultados mostraram no local estudado os profissionais não disponibilizavam a ambulância para os casos de ideação suicida, sob alegação de que esta de demanda não é coberta por eles. Referiram ainda que era de responsabilidade deles somente quando o paciente se apresentava agressivo ou quando a tentativa de suicídio foi concretizada, por colocar em risco a vida do mesmo e de terceiros. Essa conduta sugere a falta de conhecimento da definição de UEP, e a contradição entre a importância da prevenção e valorização do ato.

NICHOLLS et al (2001) e PAES et al. (2009) em seus estudos conduzidos na Austrália e no Brasil, também observaram que ainda não há clareza sobre a definição

de UEP pelos profissionais de enfermagem. Esta inferência dos autores ficou evidente no relato dos entrevistados que não reconheceram algumas situações de emergência psiquiátricas como emergências reais, como no abuso de substâncias psicoativas, e o suicídio e da ideação suicida.

Esses trabalhos evidenciaram relato freqüente da dificuldade em reconhecer as UEP e também o relato da falta de preparo dos profissionais de enfermagem para o atendimento dessa demanda. Apresentaram ainda relatos em que profissionais de enfermagem se classificaram como tendo o mínimo preparo, conhecimento e confiança para avaliar e tratar pacientes que apresentam situações de crise relacionadas aos transtornos mentais. (NICHOLLS et al 2001; PAES et al. 2009)

KONDO et al.(2001) e STUHMILLER (2004), ao investigarem a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental evidenciaram que a deste conhecimento gerava o distanciamento entre os profissionais de enfermagem daquela equipe e o paciente com transtorno psiquiátrico. Eles relataram ainda que esse distanciamento dificultava a criação de uma relação de confiança que deve ser estabelecida entre paciente e profissional para o sucesso do atendimento

KONDO et al.(2001) e STUHMILLER (2004) relatam ainda que a insegurança e medo gerados pelo despreparo e o desconhecimento do diagnóstico foram fatores que geraram o distanciamento dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente. Reconheceu ainda que esse distanciamento poderia prejudicar a qualidade da assistência de emergência ou até impedir a continuidade do cuidado prestado.

BJÖRKMAN et al. (2008) em seu estudo sobre as atitudes dos profissionais de enfermagem que trabalham no atendimento psiquiátrico, identificou que esses sujeitos consideram os serviços de PA como lugares de atenção integral ao paciente, independente de sua condição, doença ou transtorno. Porém nas entrevistas o pesquisador identificou ainda atitudes negativas destes profissionais no atendimento e cuidado aos pacientes psiquiátricos.

Um estudo realizado em Melbourne, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação do paciente psiquiátrico com os serviços recebidos no departamento de emergência mostrou que os pacientes com transtornos mentais e familiares entrevistados relataram que haviam sido tratados com falta de dignidade e carinho se não com total desprezo pela equipe. Tal situação refletiu de forma mais acentuada nos

profissionais de enfermagem que permaneciam por mais tempo na assistência ao paciente (SUMMERS; HAPPELL, 2003)

O autor sugere que o desprezo e distanciamento relatados ocorram em decorrência da percepção estigmatizada do transtorno mental e o medo ocasionado pela falta de conhecimento e preparo para o atendimento de tal demanda (SUMMERS; HAPPELL, 2003).

Estes estudos apontaram que a falta de preparo para o atendimento das UEP poderiam gerar atitudes negativas do profissional de enfermagem, relacionados ao paciente com transtorno psiquiátrico, resultando no atendimento inadequado dessa demanda. Sugerem ainda que essa falta de conhecimento resulte em sentimentos de medo e afastamento para o atendimento às UEP.

Um estudo retrospectivo, conduzido em Ribeirão Preto, com o objetivo de identificar os desafios no trabalho de enfermagem em saúde mental, identificou que o medo ocasionado pela falta de preparo dos profissionais de enfermagem é um dos entraves no atendimento da emergência psiquiátrica. O autor descreve o medo/estigma como fator que influencia negativamente no profissional de enfermagem ao lidar com o paciente em crise, explicado pela escolha da contenção física como a primeira e melhor solução para abordar o paciente, segundo os relatos dos profissionais dos estudos investigados (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Portanto nas situações em que os sentimentos de medo e insegurança do profissional estão presentes, as decisões sobre o atendimento podem ser tomadas sem a devida avaliação.

Um estudo realizado em Curitiba cujo objetivo era de conhecer como se desenvolve a prática de enfermagem nas situações de emergências a pacientes evidenciou que no início das entrevistas que os profissionais referem saber reconhecer as emergências psiquiátricas e sentirem-se capacitados e seguros para agir de forma rápida e eficiente. Porém no decorrer das entrevistas, eles citam a utilização da contenção física como abordagem inicial ao paciente em situação de crise, para posterior abordagem verbal, reconhecimento de suas necessidades, verificação dos sinais vitais e administração medicamentosa (ESTELMHSTS et al, 2008).

O autor identificou ainda que os profissionais de enfermagem mantêm a contenção física como uma prática conflituosa. Nas entrevistas os profissionais relataram que reconhecem a contenção como um recurso terapêutico para acalmar pacientes agitados e/ou agressivo. Porém, as entrevistas também trouxeram relatos que caracterizavam um cunho punitivo de tal prática, caminhando contrário à evolução da política de atenção à saúde mental (ESTELMHSTS et al, 2008).

Estes estudos trazem a realidade de que em muitos serviços emergenciais não possuem uma rotina ou protocolo para a realização do atendimento da UEP e da técnica da contenção física, o modo correto de realizá-la, bem como de quem é a decisão e a realização da mesma.

JONIKAS et al. (2004) descreveu em seu estudo a implantação de um programa de redução no uso de contenção física em unidades psiquiátricas, evidenciando nos relatórios pós-implantação do programa que com a inserção de treinamentos e capacitações, houve a diminuição do uso da contenção física e a valorização dos uso da abordagem verbal para controle da crise. Este estudo demonstra que programas de capacitação e educação podem ser promissores para as boas práticas no atendimento às UEP.

Os estudos descritos apontam que a falta preparo dos profissionais no atendimento e reconhecimento das UEP e os sentimentos relacionados resultam em risco para a baixa qualidade da assistência e o não cumprimento das metas da reforma psiquiátrica.

Percebemos no levantamento bibliográfico que esta temática aparece na literatura nacional e internacional desde a década de 60, época de surgimento do movimento antimanicomial. Apesar de sua longevidade, o tema é atual e reúne mais de 60 citações nas bases de dados investigadas no período 1990 - 2013. Observamos que atualmente os estudos focalizam conhecimento sobre contenção física, sentimentos dos profissionais de enfermagem acerca do atendimento às emergências psiquiátricas e seu preparo em atender a esta demanda.

Com relação à fonte de dados das pesquisas em sua maioria as pesquisas adotaram a entrevista semiestruturada com os profissionais de enfermagem, levantamento de documentações hospitalares e a visão do pesquisador sobre o cotidiano dos serviços. Todas trazem informações que contribuem com o

conhecimento, porém, evidenciam dados vagos e pouco incipientes e respostas contraditórias à realidade exposta pelos profissionais.

Um aspecto pouco investigado ainda são as situações de UEP's vivenciadas e os comportamentos das equipes adotados no atendimento dessas situações que indiquem aspectos cruciais das competências necessárias para a boa prática. Neste sentido a pergunta da pesquisa é: Quais as competências essenciais para o atendimento de uma emergência psiquiátrica?

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral:

Identificar as competências críticas para o atendimento das urgências e emergências psiquiátricas em unidades de Pronto Atendimento do município de Ribeirão Preto, relatadas pela equipe de enfermagem.

2.2. Objetivos específicos:

- Identificar as situações de urgências e emergências psiquiátricas (UEP) vivenciadas pela equipe de enfermagem e que na opinião desses profissionais são exemplos de 'situações críticas'.

- Identificar os comportamentos elencados como críticos para atender a situação de urgência psiquiátrica.

3.Método

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa que buscou explorar e descrever as exigências críticas no atendimento das UEP, sob o ponto de vista da equipe de enfermagem que trabalham em PA gerais. Para que fosse possível chegar a tal resultado, utilizamos a Técnica do incidente crítico (TIC), para guiar a coleta e análise dos dados.

3.2 A Técnica do Incidentes Críticos (TIC)

Segundo as premissas formuladas por Flanagan e citadas por Della Coleta, esta técnica consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, para que seja facilitada a utilização potencial na solução de problemas práticos, delineando também procedimentos para a coleta de incidentes observados que apresentam significação especial e para o encontro de critérios sistematicamente definidos para uma dada função.

Esta técnica foi proposta por John C. Flanagan, como resultado de estudos no Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos na II Guerra, em 1941. Tal programa propunha selecionar e classificar os envolvidos, determinando os motivos do fracasso na aprendizagem de vôo e apontando exigências críticas para tal atividade, desenvolvendo, a partir disso, um método de avaliação psicológica para os pilotos. Os conceitos de Flanagan enfatizam o comportamento observável e a descrição operacional de uma determinada situação. (FLANAGAN, 1954)

Portanto a técnica consiste em solicitar aos indivíduos envolvidos numa dada atividade, um relato de situações vivenciadas rico em detalhes, que serão avaliadas em função da concordância entre o objetivo e natureza da atividade e o desfecho da

situação vivenciada. Para se obter resultados satisfatórios nas pesquisas e na coleta dos dados com a TIC, é importante que o pesquisador tenha clareza dos objetivos a serem alcançados na investigação. (DELA COLETA, 1974)

Para Flanagan (1952) *“um incidente crítico é qualquer situação humana observável, suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato”*. Na Leitura de Della Coleta *“os incidentes críticos são as situações particularmente relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados”*.

Para ser crítico o incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça claro ao observador, onde suas consequências sejam definidas para deixar poucas dúvidas no que se refere aos seus efeitos.

No Brasil, Della Coleta foi o primeiro a utilizar a técnica em 1970, em um estudo que buscava definir critérios para seleção e avaliação de ajudantes de eletricitista de uma empresa de distribuição de energia. Entre 1972 e 1973, este mesmo autor desenvolveu pesquisa que aplicava a técnica do incidente crítico para determinar as exigências críticas da função de operador de hidrelétrica e subestações. Este estudo resultou em sugestões que permitiram o aprimoramento dos processos de recrutamento e seleção, e também a melhor organização de tarefas entre as diferentes ocupações, melhorando o desempenho de seus ocupantes (NOGUEIRA et al. 1993).

DELA COLETA (1974) definiu ainda um conjunto de 7 passos a serem considerados na aplicação da TIC:

- 1) determinação dos objetivos da atividade;
- 2) construção das questões que serão apresentadas aos entrevistados que fornecerão os incidentes críticos da atividade em estudo;
- 3) delimitação da população ou amostra de entrevistados;
- 4) coleta dos incidentes críticos;
- 5) análise do conteúdo dos incidentes coletados, buscando isolar os comportamentos críticos emitidos;
- 6) agrupamento dos comportamentos críticos em categorias mais abrangentes;

7) levantamento de frequências dos comportamentos positivos e/ou negativos que vão fornecer, posteriormente, uma série de indícios para identificação de soluções para situações problemáticas.

Na área da saúde, o TIC é utilizado geralmente, para buscar por situações comportamentais, como erros na assistência em saúde, avaliação de competência para alguma atividade e indicadores de qualidade na área da gestão (NOGUEIRA et al. 1993). A aplicação da TIC permite captar fatores culturais, valores, experiências, sentimentos, emoções dos sujeitos que vivenciaram uma "situação", que originou um "comportamento" e por assim, uma "conseqüência", os três componentes fundamentais para se caracterizar o incidente crítico. Tais componentes também são utilizados como categorias para análise dos incidentes críticos, dando a esta técnica caráter de método de coleta e de análise de dados qualitativos em pesquisas HAYASHIDA (1997).

Nas pesquisas da área da enfermagem, o uso da TIC permitiu identificar a perspectiva de pacientes, profissionais, familiares, acerca de fatos significativos que envolvem o cuidado, viabilizando o planejamento e reestruturação de ações com vistas à melhoria da qualidade da assistência. Foi utilizado ainda nos processos educacionais para enfermagem, visando a melhoria no uso dos laboratórios de ensino para colaboração com a prática profissional.

Esta técnica vem sendo aplicada e aprimorada em diversos campos de pesquisa, entre eles no da enfermagem. Como exemplo de estudos que utilizaram a TIC na enfermagem citamos os trabalhos de NOGUEIRA (1988 E 1993); CHIANCA (1992); GALERA (1994), HAYASHIDA (1997).

Para que determinado fato seja considerado um "incidente crítico" é fundamental a identificação de uma situação real, o comportamento e a consequência gerados a partir dela. Entretanto, para o alcance satisfatório da técnica e, portanto, garantir o rigor metodológico para que as evidências sejam confiáveis, é necessária que a coleta, a organização e a análise dos dados sejam sistematizadas. Esse é o grande desafio do pesquisador que utiliza a técnica, pois desse processo se garante ou não a construção de conhecimento científico de maior confiabilidade. (DELA COLETA, 1972)

Os três componentes que caracterizam o incidente crítico são: situação, comportamento e consequência. Consideramos situação - o próprio relato do profissional sobre uma situação de atendimento às UEP; comportamento: o que foi feito em relação ao atendimento; consequência: o efeito produzido em decorrência da abordagem realizada e decisões tomadas, o desfecho.

3.3 Locais do estudo

Os cenários do presente estudo foram duas Unidades Básicas Distritais de Saúde no município de Ribeirão Preto. O PA do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - CSE/FMRP-USP e o PA da UBDS “Doutor Marco Antonio Sahão”, ambos pertencentes ao município de Ribeirão Preto.

Em Ribeirão Preto-SP a assistência à saúde é organizada de acordo com seus cinco Distritos de Saúde e a Central Única de Regulação Médica que tem como objetivo gerenciar o fluxo de pacientes das urgências e emergências. (RIBEIRÃO PRETO, 2013)

As unidades pertencentes aos 5 distritos foram convidadas a participar da pesquisa, porém o PA do distrito leste negou, alegando mudanças na estrutura de atendimento, sendo transformada em uma unidade básica de saúde. O PA do distrito central se recusou a participar, pois segundo seu dirigente, a unidade não aceita pesquisas devido a alta concentração de pacientes e trabalho. A unidade Sul não respondeu a solicitação, portanto devido às barreiras encontradas delimitamos para estudo as unidades distritais Oeste e Sul.

Cada Distrito de Saúde, conta com uma unidade Distrital de Saúde (UBDS) ou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que, realizam o Pronto-atendimento 24hs, disponível para a população usuária do Sistema Único de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Nos serviços de PA desse município observa-se uma demanda em expansão de pacientes em situações de emergência psiquiátrica. Após avaliação do clínico geral

no serviço, o paciente é encaminhado ao CAPS III para avaliação do psiquiatra e retorna ao PA para aguardar o encaminhamento para internação hospitalar. Ele pode ser encaminhado ao setor de urgências psiquiátricas do HC-FMRP, para a ala de internações psiquiátricas do HC-FMRP ou ao hospital psiquiátrico Santa Tereza. Estes serviços são responsáveis pela clientela de Ribeirão Preto e municípios vizinhos que compartilham o Departamento Regional de Saúde – DRS (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo se faz através dos Departamentos Regionais de Saúde - DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. É importante ressaltar que o município de Ribeirão Preto é a sede do DRS XIII que é composto por vinte e seis municípios (SÃO PAULO, 2013).

O CSE/FMRP-USP é uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) responsável pelo atendimento de toda região Oeste do município de Ribeirão Preto, abrangendo uma população estimada em 151.218 mil habitantes. Este serviço oferece o atendimento básico como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, odontologia e vacinação, oferece o atendimento de especialidades e PA de emergências 24h às crianças e adultos. A equipe do serviço é composta por médicos, equipe de enfermagem, assistente social e trabalhadores de nível fundamental (agentes de segurança e assistentes em serviços gerais) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A UBDS “Doutor Marco Antonio Sahão” é também uma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) responsável pelo atendimento de toda região Sul do município de Ribeirão Preto, uma população estimada em 85.060 habitantes. Este serviço oferece o atendimento básico como clínica médica, cardiologia, fonoaudiologia, psicologia, neurologia, ultrassonografia, dermatologia, endocrinologia, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, odontologia e vacinação, oferece o atendimento de especialidades e PA de emergências 24h às crianças e adultos. A equipe do serviço é composta por médicos, equipe de enfermagem e trabalhadores de nível fundamental (agentes de segurança e assistentes em serviços gerais) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

3.4 Participantes da pesquisa.

Participaram do estudo 31 membros da equipe de enfermagem que atuam nos dois serviços de PA selecionados para o estudo. No serviço A trabalhavam 48 auxiliares e técnicos de enfermagem e 18 enfermeiros, e no serviço B 23 auxiliares e 9 enfermeiros, num total de 98 profissionais nos dois serviços.

De acordo com os registros de recursos humanos dos serviços de Pronto Atendimento estudados, coletados no ano de 2013, a equipe de enfermagem do Pronto atendimento do CSE/FMRP-USP é composta por 66 profissionais, sendo 18 enfermeiros e 48 técnicos e auxiliares de enfermagem, e da UBDS “Doutor Marco Antonio Sahão” é composta por 31 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 23 técnicos e auxiliares de enfermagem. Em ambos os serviços os profissionais de enfermagem se revezam em quatro plantões diários. Portanto os participantes deste estudo representam 31,6% dos profissionais existentes nos serviços.

No serviço A, houve um grande índice de recusas e as justificativas foram por se tratar de entrevistas gravadas, ou que levariam muito tempo para serem feitas. Houveram ainda profissionais que relataram que estavam cansados de participar de pesquisas.

Alguns dos profissionais descritos como equipe do pronto atendimento no serviço A se revezavam nas atividades de acolhimento, observação, medicação, sala de curativos, PA geral e PA infantil. Devido a diversidade de locais de atendimentos, foram relatadas algumas recusas por não participarem do atendimento das UEP.

As recusas no serviço B foram justificadas pela falta de tempo para realizar as entrevistas gravadas.

Critérios de seleção adotados: todos os profissionais que compunham a equipe de enfermagem, de ambos os sexos, com todos os níveis de escolaridade, que não estavam em fase de treinamento ou afastados do serviço (férias, licença saúde, licença maternidade, etc). Estabelecemos como critério o intervalo de tempo de 3 meses para a coleta de dados nos serviços.

3.5 Procedimentos para a Coleta de Dados

- Projeto Piloto: Inicialmente, com o objetivo de testar o instrumento de coleta de dados, quanto a sua forma e conteúdo, realizamos o pré-teste com 5 profissionais de enfermagem que atuam em serviços emergenciais. O estudo piloto possibilitou-nos identificar que as questões formuladas eram adequadas e davam a clareza do resultado que se queria obter. Os resultados obtidos no estudo piloto não foram utilizados nos resultados finais deste estudo.

- Coleta de dados: A coleta nos serviços descritos foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista individual com membros da equipe de enfermagem dos dois serviços selecionados, solicitando o relato de incidentes críticos que descrevam situações de emergência psiquiátrica e os comportamentos da equipe nessas situações que indiquem conhecimentos necessários para a boa prática.

Para tal coleta, foi elaborado um questionário sócio demográfico contendo informações relevantes ao estudo como idade, sexo, formação profissional, escolaridade, tempo de atuação no serviço, formação complementar e participação em capacitações e educação continuada no local de trabalho.

Formas elaboradas ainda duas questões norteadoras que permitam identificar situações positivas e negativas no atendimento às situações de emergências psiquiátricas.

Para que fosse possível se familiarizar com a equipe e com o cotidiano do serviço, participamos dos três plantões nas duas unidades. Foi delimitado o tempo de uma semana por plantão, por unidade.

As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, em sala reservada, durante todos os plantões. Os profissionais foram recrutados durante o período de serviço e de acordo com sua disponibilidade.

O objetivo da entrevista foi o de extrair relatos verbais de dos profissionais que atual em serviços de PA sobre o atendimento às UEP.

A técnica do incidente crítico preconiza a coleta de incidentes positivos e negativos; assim foram feitas duas questões aos entrevistados. Questão norteadora:

“As emergências psiquiátricas se caracterizam pela diversidade de sintomas. Elas podem aparecerem como agitação psicomotora, agressividade do paciente, crise depressiva e ataques de pânico em que o transtorno psiquiátrico se confunde com desordens clínicas. Com o redirecionamento das políticas em saúde mental e um rearranjo dos serviços no atendimento aos pacientes com transtornos mentais, os serviços de emergência surgem como retaguarda, atendendo das demanda das emergências psiquiátricas. Baseado nestes dados conte-me uma situação em que você vivenciou um atendimento a um paciente em situação de urgência ou emergência psiquiátrica e que em sua visão foi positivo. Agora conte-me uma situação em que ao seu ver foi negativa.”

3.6 Organização e análise dos dados

A análise dos dados obtidos obedeceu a critérios propostos por Nogueira (1988), sendo: leitura e arrolamento dos relatos; identificação dos elementos que compreendem o incidente crítico; agrupamento dos relatos; categorização.

Inicialmente foi feita a leitura dos relatos de referência positiva e negativa, para a construção do incidente crítico. Isto é identificou-se no relato os tipos de situações descritas, os comportamentos decorrentes da situação apresentada e as conseqüências dos comportamentos.

Após o levantamento dos incidentes críticos, iniciamos a categorização das situações, comportamentos e conseqüências.

A categorização de cada componente foi feita junto a outro pesquisador que havia trabalhado previamente com a TIC. A inclusão de cada item em uma determinada categoria dependia da aprovação de ambos os leitores. Após esta análise, obtivemos 5 categorias de situações, 6 categorias de comportamentos e 2 categorias de conseqüência.

A análise dos incidentes críticos foi apresentada de acordo com as três categorias que os compreendem, sendo Situação, comportamento e conseqüência.

Relato:

Situação: *Homem, 35 anos, alto, forte. Chegou acompanhado dos pais, idosos. Chegou agitado, logorreico e ameaçador. Faz acompanhamento psiquiátrico, mas tem dificuldade de manter o tratamento medicamentoso.*

Comportamento: *Estava esperando atendimento (Sala de espera interna), mas se recusando a ficar no local com os pais, ele estava meio agitado, ficava balançando as pernas, levantava e sentava. Então ele levantou e foi embora. 2 horas depois, ele retornou ao PA, os pais o trouxeram novamente, pois ele estava piorando a agitação. Dessa vez, a gente sabia que ele poderia fugir, então o auxiliar que estava no acolhimento já o encaminhou para a observação, para aguardar a avaliação médica. Quando ele chegou lá, estava muito agitado e começou a querer quebrar as coisas, então a enfermeira pediu para que nós (os auxiliares) fizéssemos a contenção física. Tinha um colega no plantão que é bem forte, então ele segurou o paciente e nós já o colocamos na maca, ele começou a gritar, a gente pedia para ele parar de gritar, pois estava assustando os outros pacientes, mas ele não estava entendendo, sabe? Então o médico veio e prescreveu um haldol IM, que eu fiz.*

Conseqüência: *Paciente acalmou-se logo após a medicação. Permaneceu contido (2 A)*

3.7 Procedimentos éticos e legais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP-USP, em Ribeirão Preto – SP, sob o protocolo nº 1444/2011. (Anexo). Foi utilizado o termo de consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), sendo garantido aos sujeitos da pesquisa, livre e espontânea participação, e que a não participação não acarretaria nenhum prejuízo em relação à seu trabalho.

4.Resultados

4.1 Caracterização dos participantes

Participaram desta pesquisa 31 profissionais de enfermagem lotados nos dois serviços adotados para desenvolvimento da pesquisa. No serviço A trabalhavam 48 auxiliares e técnicos de enfermagem e 18 enfermeiros, e no serviço B 23 auxiliares e 9 enfermeiros, num total de 98 profissionais nos dois serviços. Portanto os participantes deste estudo representam 31,6% dos profissionais existentes nos serviços.

Do total de participantes 17 eram mulheres e 14 homens, com média de idade de 39,4 anos, 6 eram enfermeiros, 15 eram técnicos de enfermagem e 10 eram auxiliares de enfermagem. O tempo médio de formação foi de 13,8 anos. Dos 6 enfermeiros entrevistados, 4 possuíam cursos de pós graduação sendo 1 delas em saúde mental. Dentre todos os profissionais entrevistados apenas 1 enfermeiro relatou ter um curso de formação em saúde mental e 3 profissionais relataram que participaram de um curso de capacitação em SM oferecido pelo serviço, sendo 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.

Tab.1: Caracterização dos profissionais de enfermagem entrevistados nos serviços de Pronto atendimento, Ribeirão Preto. 2013

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	14	45,16
Masculino	17	54,83
Formação Profissional		
Enfermeiro	6	19,35
Técnico de Enfermagem	15	48,38
Auxiliar de enfermagem	10	32,25
Cursos de PG	4	12,9
Especializado em SM	1	3,2
Serviço ofereceu curso de capacitação	3	9,67

O tempo médio de vínculo com o serviço estudado era de 5,9 anos e o tempo médio de trabalho na equipe do Pronto atendimento foi de 5,3 anos. Do total da amostra, 13 profissionais tem vínculo com outros serviços.

4.2 Análise dos incidentes críticos relacionados ao atendimento das UEP nos Pronto atendimentos gerais.

Todos os 31 participantes desta pesquisa ofereceram relatos de fatos ocorridos no pronto atendimento que eram bom exemplo das habilidades e conhecimentos necessários para atender uma situação de urgência psiquiátrica Todos os relatos

foram avaliados como incidentes críticos, isto é os relatos continham situações, comportamentos e consequências.

Os incidentes críticos foram analisados em seu conjunto e não foram separados por categorias profissionais. Os relatos dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem eram bastante semelhantes e o número de enfermeiros era pequeno em relação às outras categorias para serem analisados separadamente.

Obtivemos 55 incidentes, 26 positivos e 29 negativos. A média geral de incidentes foi de 1,7 por profissional de enfermagem. Na tabela 2 apresentamos a proporção de incidentes positivos e negativos, segundo os serviços pesquisados. No serviço A obtivemos a média de 1,8 incidentes/profissional e no serviço B de 1,6 incidente/profissional.

Tab 2. Número e porcentagem de **incidentes críticos** com referência positiva e negativa, relacionados ao atendimento dos pacientes em emergência psiquiátrica nos PA gerais. Ribeirão Preto, 2013.

Incidentes Críticos	Positivo		Negativo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Serviço A	12	37,5	20	62,5	32	100
Serviço B	14	60,86	9	39,13	23	100
Total	26	47,27	29	52,72	55	100

4.3 Situações críticas de emergência e os conhecimentos implicados

Entendemos por situação todo contexto onde se inicia um conjunto de ações e atividades para o atendimento de uma urgência psiquiátrica no pronto atendimento geral. As 55 situações identificadas nos incidentes críticos foram distribuídas em 5 categorias agrupadas de acordo com sua semelhança: Paciente em agitação (29 relatos 52,72%); Paciente chega calmo (11 relatos, 20%); Evasão e retorno à unidade (7 relato, 12,72%); Ideação suicida/Tentativa de suicídio (4 relatos, 7,27%); Longa espera por atendimento (4 relatos, 7,27%).

A distribuição percentual em situações positivas e negativas demonstradas na tabela 3 evidenciou a predominância de incidentes positivos nas categorias Ideação suicida/Tentativa de suicídio e Longa espera por atendimento e predominância de situações negativas nas categorias Paciente chega em Agitação, Paciente chega calmo e Evasão e retorno à unidade.

Tab 3. Número e porcentagem de categorias de **situações** extraídas de incidentes críticos, com referencia positiva e negativa, relacionados ao atendimento dos pacientes em emergência psiquiátrica nos PA gerais. Ribeirão Preto, 2013.

Categorias de Situação	Positiva		Negativa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paciente agitado	14	25,45	15	27,27	29	52,72
Paciente chega calmo	5	9,09	6	10,91	11	20
Evasão e retorno à unidade	-	0	7	12,73	7	12,72
Ideação suicida/ Tentativa de suicídio	3	5,45	1	1,82	4	7,27
Longa espera para atendimento	4	7,27	-	0	4	7,27
Total	26		29		55	100

4.3.1. Paciente agitado

Segundo Quevedo e Carvalho (2014), a agitação pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão, que pode ocorrer com os pacientes que sofrem com os transtornos de pensamentos, transtornos de humor ou em indivíduos sob o efeito de álcool e outras drogas. As situações descritas nessa categoria se assemelham à definição adotada pelo autor.

Em geral, a admissão do paciente agitado ou agressivo na sala de emergência se deu por meio de familiares, pelo serviço móvel de urgência ou por meio das autoridades municipais.

Essa categoria agrupa maior número de relatos. Como forma de organizar a quantidade expressiva de dados neste item, foram criadas 2 subcategorias: **Paciente já chega ao pronto atendimento em agitação psicomotora; O paciente apresenta uma crise de agitação durante seu período de observação.**

Nas situações em que o **Paciente chega ao pronto atendimento em agitação psicomotora** são relatados casos em que ele chega: *“trazido pelo SAMU e geralmente contido, em episódios psicóticos e vêm acompanhados dos familiares, apresentam agitação devido ao uso de drogas e chegam sem acompanhantes, em crise de agitação invade o PA, trazido pela polícia militar. Muitos chegam algemados”*

“Paciente chegou trazido pelo SAMU em surto, estava agitado e agressivo. Chegou gritando e xingando toda a equipe de enfermagem. Havia policiais militares na viatura devido à sua agressividade.” (11 A)

Na subcategoria em que o **Paciente apresenta uma crise de agitação durante seu período de observação** são relatados casos em que o paciente apresentou uma agitação psiquiátrica quando o atendimento no serviço já havia sido iniciado. O paciente já havia passado por uma avaliação e aguardava avaliação psiquiátrica ou a consulta médica. Estão incluídos também relatados de casos em que o paciente foi deixado na sala de espera pela polícia militar sem que a enfermagem fosse avisada. Foi relatado um caso em que o paciente já é conhecido do serviço devido à sua procura constante, e mesmo sabendo que ele poderia agitar foi deixado sozinho.

“Este paciente vem sempre ao PA, quando ele surta ele fica muito agitado e agressivo. Neste dia, estávamos todos (da equipe) na sala de urgência atendendo uma (emergência), quando ele entrou por lá e começou a gritar, quebrar tudo e querendo tirar todos de lá. Ele estava na observação” (15 A)

4.3.2.Paciente chega calmo

Esta categoria é a segunda mais relatada e apresenta números semelhantes nos aspectos negativos e positivos. Ela refere-se aos pacientes que não chegam em agitação ou não apresentam comportamentos agressivos. Devido a diversidade de situações em que o paciente chega ao PA, foram construídas as subcategorias: **Pacientes chegaram no PA sozinhos pedindo ajuda pois não se sentiam bem; Pacientes chegam ao PA calmos, trazidos por familiares; Pacientes chegam ao PA referindo ou aparentando estarem deprimidos**

Na subcategoria em que o **Paciente chega no PA sozinho pedindo ajuda pois não se sentiam bem** apareceram casos em que os pacientes percebiam ou se sentiam na eminência de uma crise, solicitavam atendimento pois estavam sem medicação, solicitando ajuda para cessar o uso das drogas ou referindo quadro ansioso.

Rapaz, usuário de drogas, vem sempre aqui bem surtado, mas neste dia ele estava um pouco inquieto, mas não agitado. Chegou no PA relatando que estava se sentindo estranho e precisava de ajuda. (9.1 A)

Pacientes chegam ao PA calmos, trazidos por familiares se caracterizaram por situações em que os familiares trazem o paciente ao PA relatando episódios de agressividade ou agitação em casa e casos, apresentando olhar e comportamento hostil, mas permanecem calmos durante a espera e o atendimento.

“Adolescente, veio acompanhado da mãe que relatou que ele começou com agressividade em casa, queria bater nela, nos bichos de estimação e nos vizinhos há alguns dias. Corria atrás das pessoas na rua e não aceitava mais as orientações dos pais. Estava sentado com a cara “fechada” pois não queria estar aqui na unidade. (8 A)

As situações em que os **Pacientes chegam ao PA referindo ou aparentando estarem deprimidos** ficaram caracterizadas por pacientes que vem ao PA apresentando sintomas negativos da esquizofrenia, pacientes relatando que estão entristecidos devido ao ambiente familiar conturbado em que vivem e solicitam ajuda para permanecer no PA e pacientes deprimidos que são trazidos pelos familiares, apresentam o quadro de inapetência e não verbalizam.

“Paciente com esquizofrenia, jovem, chegou acompanhado pela mãe e estava calmo. Mãe relatava que ele não estava se alimentando e nem realizando autocuidado. Relatou que o filho estava apresentando alucinações auditivas que falavam com ele sobre morte.”(10 A)

4.3.3.Evasão e retorno à unidade

As situações em que foram relatados casos de evasão e retorno à unidade, estiveram presentes somente nos incidentes relatados como negativos. Esta categoria foi subdivida nas seguintes sub categorias: **Pacientes que fogem da unidade enquanto aguardam vaga para avaliação nos serviço especializado ou vaga para internação, Paciente foge da unidade e retornam** e as situações de **Alta pedido** que são solicitadas pelos familiares.

Na subcategoria **Pacientes que fogem da unidade enquanto aguardam vaga para avaliação nos serviço especializado ou vaga para internação**, começaram a estabelecer contato com a equipe de enfermagem, devido a aparente melhora, foram descontidos e aproveitaram momentos em que os profissionais estavam atendendo outros pacientes para fugir da unidade.

“Usuário de drogas iniciou agressão em casa. Estava na unidade há 2 dias aguardando avaliação do CAPS III. Estava descontento, pois não apresentava agitação ou agressividade. Os familiares ficavam com ele, mas à noite iam para casa dormir e voltavam no dia seguinte. Nesse dia o auxiliar (de enfermagem) foi avaliar os sinais vitais e não o encontrou no leito e nem em lugar nenhum.” (12 B)

Assim como na anterior, na subcategoria **Paciente foge da unidade e retornam**, os pacientes saem dos quadros de agitação ou agressividade e são descontentos, aproveitando descuidos da equipe e dos familiares para fugir. Poucas horas depois eles retornam à unidade, trazidos pelos familiares, voltam por conta própria ou são trazidos pelo SAMU.

Os pacientes desta subcategoria que voltam por conta própria relatam que fugiram para fazer uso de drogas na rua, mas referem ainda precisar de ajuda e retornam para aguardar o atendimento ou a internação. Há ainda pacientes que fogem da ala de observação e são encontrados escondidos em outros setores da unidade.

“Paciente chegou ao PA há 2 dias, agitado e sob efeito de drogas. Neste momento estava mais calmo e aguardando avaliação do CAPS III. Evadiu-se da unidade na noite anterior e horas depois foi encontrado e trazido de volta à unidade pelo SAMU, estava sob efeito de drogas, aparentando ter alucinações. Estava com a mãe.” (8 B)

A **Alta pedido** embora tenha tido poucas referencias, ela requer atenção pois o desfecho nos casos relatados foi o retorno do paciente com piora dos sintomas advindos do transtorno psiquiátrico.

Nesta subcategoria, foram relatados casos em que os familiares não aceitam as condutas e tratamentos realizados ou não aceitam o tempo de aguardo para conseguir uma vaga de internação e solicitam a alta pedido. Por não cessarem o quadro de agressividade ou agitação, são trazidos de volta ao PA pelos familiares.

“Adolescente apresentando comportamento agressivo com os vizinhos. Estava internado no serviço há algumas semanas, mas o pai pediu que ele tivesse alta, pois ele parecia bem. Retornou dias depois com a mesma agressividade e hostilidade, só que mais forte.”(8.2 A)

4.3.4. Ideação suicida/Tentativa de suicídio

A ideação suicida e ou tentativa de suicídio, são tipos de comportamento e não uma doença em si. Porém, estes comportamentos estão amplamente ligados aos transtornos psiquiátricos como nos transtornos de humor como a depressão, na esquizofrenia e nos transtornos relacionados ao abuso de álcool e drogas.

A maior parte dos incidentes relatados nesta categoria esteve presentes nos incidentes positivos. Foram 3 situações nos incidentes positivos e 1 nos incidentes negativos. Todos os incidentes que apresentavam situações de Ideação suicida foram relatados no serviço A.

Os casos foram protagonizados por uma gestante, dois usuários de álcool e drogas e uma mulher que provavelmente estava deprimida e referia estar vivenciando o luto pela perda dos familiares.

Foram criadas 2 subcategorias para descrever estas situações: **Paciente se apresentava deprimido e Paciente apresentava a vontade de terminar com o sofrimento por que passava**

Na subcategoria **Paciente se apresentava deprimido** foram relatados casos em que surgiu a ideação devido à gravidez indesejada associada ao quadro de depressão, o familiar traz o paciente ao serviço referindo falar sobre a morte de forma repetitiva e que ele não tem vontade de realizar atividades comuns do dia a dia.

“Gestantes, 21 semana, tentativa de suicídio (fez uso de alta dosagem de medicação controlada), trazida pelos familiares. Chegou calma ao PA. “(03 A)

No item **Paciente apresentava a vontade de terminar com o sofrimento por que passava** foram relatados casos em que o pacientes que chegam com o quadro de intoxicação exógena referindo querer acabar com o abuso de drogas e pacientes referindo querer acabar com o sofrimento que passava, ocasionado pelo luto.

“Rapaz, aproximadamente 20 anos, deu entrada no PA por ideação suicida e intoxicação exógena, estava um pouco confuso. Chegou trazido pela PM, estava com os punhos algemados .”(12 A)

4.3.5. Longa espera por atendimento

Os incidentes inseridos nessa categoria estiveram presentes apenas nos incidentes positivos. Eles trazem o relato frequente de uma série de acontecimentos advindos do longo tempo de espera para a avaliação especializada ou regulação para internação psiquiátrica. As situações presentes nesta categoria foram agrupadas em 2 subcategorias, sendo elas: **Acompanhante entra em crise após dias no pronto atendimento com o paciente; Paciente entra em crise devido ao tempo de espera**

Acompanhante entra em crise após dias no pronto atendimento com o paciente: Como regra dos serviços, os pacientes psiquiátricos que são entrada nos PA's devem permanecer com acompanhantes durante toda sua permanência na unidade. Em geral são as mães que permanecem como acompanhantes. Nesta subcategoria os acompanhantes eram os únicos familiares que poderiam ficar em tempo integral na unidade e devido ao tempo de espera para a internação do familiar.

Foram relatados casos em que o acompanhante permanecia por dias dormindo em cadeiras ou em “camas” improvisadas ao lado das macas, casos em que mãe se sente angustiada pelo filho que está em situação de crise e também pelos outros filhos que ficaram em casa sob os cuidados de terceiros, e casos em que a mãe que entra em crise de ansiedade devido à hostilidade do filho com a sua presença.

Paciente estava internado na unidade na unidade há 8 dias. Ele era usuário de drogas, estava estável e havia ido ao CAPS III já para avaliação. Aguardava vaga de internação. Estava acompanhado pela mãe e não falava com ela. Depois de 8 dias de espera, não aguentando a hostilidade do filho, a mãe entrou em crise e saiu do quarto gritando e chorando. (7 B)

Na subcategoria **Paciente entra em crise devido ao tempo de espera** aparecem casos em que o paciente fica angustiado com a espera pela internação e retorna ao quadro ansioso e ao quadro de agitação e casos em que depois de vários dias na unidade, o paciente será encaminhado à internação e entra em crise.

Paciente internado no PA há aproximadamente 5 dias. Paciente arredio, desconfiado porém colaborativo (...)Ele era colaborativo com a equipe e pedia para ajudar nas tarefas, limpado os leitos, ajudando com os outros pacientes. Neste dia eu fui avisá-lo que a vaga de internação dele havia saído e ele poderia arrumar as coisas dele para ir. E então ele disse que não queria preferia ficar ali no PA mesmo que já estava bom. Pedi a enfermeira que fosse me ajudar a convencê-lo. A enfermeira disse que ele irira e que a ambulância havia chegado, mas ele se recusava a ir. Quando ele viu o auxiliar (de enfermagem) da ambulância ele começou a agitar, chorando e gritando. (3.1B)

4.4 Comportamentos críticos :

Os comportamentos são todas as ações relatadas que envolveram o atendimento ao paciente em UEP no PA geral. Neste ítem, relacionamos todos os comportamentos relatados como cruciais para a realização do atendimento e que interferem de forma importante no desfecho do incidente.

Após a leitura mais detalhada dos incidentes extraímos todos os comportamentos que estiveram presentes nos relatos. Ao fim da análise, foram criados 6 categorias de comportamentos que estiveram presentes na maioria dos relatos, independente se positivos ou negativos, sendo elas: **Abordagem Verbal; Restrição e isolamento; Avaliação e tomada de decisão; Interação da equipe e o trabalho multiprofissional; Reações diante a agressão física e verbal (sentimentos e ações); Interação do serviço de emergência com a Rede de saúde mental.**

Na tabela 4 estão descritos os números e porcentagem obtidos em cada uma das categorias quanto aos comportamentos.

Tab 4. Número e porcentagem de categorias de **comportamentos** extraídos dos incidentes críticos, com referência positiva e negativa, relacionados ao atendimento dos pacientes em emergência psiquiátrica nos PA gerais. Ribeirão Preto, 2013.

Categorias de Comportamentos	Positiva		Negativa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.Abordagem Verbal	22	50	22	50	44	100
2.Restrição e Isolamento	17	48,57	18	51,42	35	100
3.Interação da Equipe	14	40	21	60	35	100
4.Reações diante de agressão	9	60	6	40	15	100
5.Interação do serviço de emergência com a rede de saúde mental	15	46,87	17	53,12	32	100
Total	77	47,82	84	52,17	161	100

A distribuição percentual entre o comportamentos extraídos apontado na tabela 4, evidenciou o predomínio da Abordagem verbal tanto em situações julgadas positivas quando nas julgadas negativas.

Para dar a dimensão de como foram construídas as 5 grandes categorias de comportamentos, sua análise foi feita agrupando-as em subcategorias. A primeira delas e que esteve presente na maioria dos incidentes, é a categoria Abordagem verbal.

4.4.1.Abordagem Verbal

A abordagem verbal foi o comportamento que obteve maior numero de citações nos relatos. Ela esteve presente em 44 incidente relatados sendo 9 dos incidentes positivos, e 15 negativos, no total de 24 incidentes na instituição A (CSE) e na

Instituição B (SUL) esteve presente em 7 relatos negativos e 13 positivos, do total de 20 dos incidentes relatados.

No item abordagem verbal, surgiram outros subitens sendo: **Relacionamento interpessoal, Manejo da crise, Orientações pontuais ao paciente e ao familiar.**

O **relacionamento interpessoal** e o acolhimento estiveram presente nas situações descritas dentro dos incidentes positivos, mesmo quando a abordagem verbal não era comportamento principal relatado. Eles fazem referência ao paciente que fica ansioso pelos procedimentos e o atendimento e o profissional seguram sua mão, se apresenta e tenta estabelecer uma relação em que o paciente pode confiar nele; profissional percebe que o paciente não está em crise e sim triste e o acolhe, leva para um local mais confortável e inicia a escuta quanto aos seus problemas; o acompanhante fica angustiado devido às circunstâncias e o profissional o acolhe, leva-o para um local mais calmo para que possam conversar sobre o que ele está passando; profissional retira a contenção do paciente assim que ele se acalma para que o familiar fique menos angustiado com a situação; profissional estabelece uma relação de confiança com o familiar para propiciar a melhora do paciente; paciente vem ao pronto atendimento e solicita ajuda para parar de usar drogas, é feito seu acolhimento, porém o médico não acha que seja uma UEP e o manda embora, entretanto o profissional de enfermagem tenta interceder pelo paciente e o indica a um serviço especializado; diante de agressões verbais sofridas pelo paciente, o profissional pede desculpas ao paciente e tenta desmistificar tudo o que ele ouviu.

“Comecei a conversar com a paciente, tentando acalmá-la, dizendo que estávamos ali para ajudá-la e que precisávamos fazer a medicação para que ela melhorasse. Segurei sua mão e disse meu nome e que estaria junto com ela.” (09 A)

“Conversei com ela, tentei oferecer apoio emocional (...) o filho dela acordou bem, então eu tirei a contenção dele, para que a mãe ficasse menos angustiada. (12 B)

“Ele estava disse que estava com dor de cabeça, perguntei de novo e ele me disse que era dor na barriga(...) percebi que ele só queria ficar ali e conversar(...)Ele me disse que a mãe o havia posto para fora de casa e ele passou a noite na rua e que estava muito triste (...) eu o levei para a observação para que ficasse numa poltrona mais confortável, fiquei conversando com ele até que ele dormiu” (14 A)

O **Manejo da crise** diz respeito às situações em que o profissional explica para o paciente quais os procedimentos que serão realizados, e que estão fazendo isso para ajuda-lo a não se machucar; o profissional faz acordo com o paciente sobre a retirada da contenção; o profissional pede ao paciente que se acalme, pois está assustando os outros pacientes.

Nestas situações o profissional descreve as ações que serão realizadas e tenta acalmar o paciente para que a contenção física e a medicação possam ser realização de forma a não causar danos ao paciente e nem causar transtornos no ambiente de trabalho e aos outros pacientes.

“A enfermeira pediu que os auxiliar da observação e os da medicação fossem ajudar a conter o paciente, pois ele estava muito agitado, então 8 auxiliares de enfermagem se prepararam para realizar a contenção, que havia sido prescrita pelo Médico (clínica) de plantão. Eles abordaram o paciente na sala de espera. Um dos auxiliares de enfermagem do grupo, que trabalha em um hospital especializado em PQU realizou a abordagem verbal. (...) O paciente foi orientado por ele quanto à contenção física e foi colaborativo, deitou-se no leito e permitiu que fosse feita a contenção sem demonstrar resistência. Ele referiu que poderia ser contido, mas não queria que usassem de violência. A relatora respondeu ao paciente que como ele estava cooperando, a força física não seria utilizada. “(01 A)

As **Orientações aos familiares e ao paciente** foram situações que se caracterizaram por: o paciente na pré-consulta refere estar escutando coisas e desesperado e pede ajuda mas o profissional não o encaminha para atendimento de imediato parecendo não ter relevado tais informações; paciente usuário de drogas,

chega ao PA por ansiedade e o profissional verifica a pressão arterial elevada e após ser medicado é orientado a fazer o acompanhamento da pressão arterial e liberado; pai solicita alta pedido para o filho e é orientado pela enfermeira que ele não está bem e precisa esperar a internação; orienta o paciente que quer deixar o PA de que ele não está bem e por isso deve ficar; orienta o familiar de que o paciente pode parecer calmo, mas ele pode estar dentro da crise; Paciente é orientado quando a outras doenças relativas ao compartilhamento de seringas para uso de drogas; há relatos em que o profissional se limita às orientações básicas com a alegação de que o serviço de urgência não dá tempo para conversas com os pacientes.

Estes comportamentos ficaram caracterizados por orientações pontuais sobre os procedimentos a serem realizados e sobre a doença. Nessas situações não há escuta qualificada por parte dos profissionais de enfermagem das queixas dos pacientes e familiares.

“Foi abordado verbalmente pelos auxiliares de enfermagem e pela enfermeira que solicitou avaliação médica. Como ele estava agitado nós fizemos a contenção nele, mas foi difícil, pois ele se debatia, todos falavam para ele ficar calmo, que a contenção era para ajuda-lo, mas ele não respondia e só se debatia. O irmão dele que respondia as perguntas que fazíamos (...). O familiar que estava o acompanhando retirou a contenção, pois referiu a mim mais tarde que “ele achou que o irmão estava se agitando por conta da contenção”. Então o paciente levantou e ficou agressivo, “quebrando tudo” na sala de urgência. Nós auxiliares que estavam no local, tentamos acalmá-lo verbalmente, sem sucesso. A enfermeira foi chamada para tentar acalmá-lo, mas também não conseguiu manejá-lo verbalmente. O paciente foi correndo em direção à porta de saída. Então, a enfermeira orientou ao familiar que se encontrasse o paciente, chamar o SAMU para trazê-lo de volta à unidade.” (02 A)

4.4.2. Restrição física e isolamento

A restrição física e o isolamento do paciente são procedimentos utilizados em situações de emergência em que há manifestação de comportamento agressivo ou agitação psicomotora do paciente, quando esta não puder ser resolvida pela abordagem verbal.

Nesta categoria foi observado o uso da contenção física nos casos de agitação psicomotora mesmo em nas situações em que o paciente se apresentava colaborativo.

A **Contenção física e química** foi utilizada nas situações em que o paciente chegou agitado e/ou agressivo, apresentando perigo real à equipe de enfermagem e aos outros pacientes.

Quanto às técnicas utilizadas, não houve o relato da forma em que foram estruturadas, e sim feitas na medida em que era possível principalmente nos casos de agitação e agressividade severas. O serviço A trouxe casos em que o paciente foi ou permaneceu contido mesmo se apresentando colaborativo com a equipe de enfermagem.

Em ambos serviços apareceram relatos em que a avaliação das contenções e a avaliação do estado mental para a retirada da contenção física foram realizadas e o paciente permaneceu calmo no serviço, aguardando a internação.

Houve apenas um caso relatado em que não foram feitas as avaliações posteriores da contenção ocasionando em lesões no paciente.

A diferença encontrada nos relatos dos serviços estudados foi de que no serviço A o paciente permanece contido mesmo quando apresenta melhora no quadro de agitação e no serviço B o paciente era descontido parcial ou totalmente quando saía da crise de agitação ou agressividade. Assim, o paciente permanecia contido por mais tempo no serviço A, em relação ao B.

(...) “Quando ele chegou lá, estava muito agitado e começou a querer quebrar as coisas, então a enfermeira pediu para que nós (os auxiliares) fizéssemos a contenção física. Tinha um colega no plantão que é bem forte, então ele segurou o paciente e nós já o colocamos na maca, ele começou a gritar, a gente pedia para ele parar de gritar, pois estava assustando os outros pacientes, mas ele não estava entendendo, sabe? Então o médico veio e prescreveu um haldol IM, que eu fiz.” (02 A)

O **Isolamento** do paciente refere-se às situações em que o paciente é levado a outro recinto, separado dos demais pacientes para não incomodá-los ou assustá-los ou situações em que o paciente é levado a um recinto mais calmo, longe dos outros pacientes para diminuir seus estímulos e ele se acalme. Houve um relato em que o paciente é levado para outro recinto e “esquecido” sem que seja feita posteriormente a avaliação periódica das contenções.

Esse foi um comportamento utilizado nas situações em que o paciente se encontrava em agitação psicomotora severa.

“A enfermeira pediu que o levássemos para uma sala, pois ele estava assustando os outros pacientes. O médico mandou dar uma medicação para que ele se acalmasse e eu preparei enquanto minha colega (aux) estava com a mãe tentando acalmar o menino, conversando com ele até que ele deu uma acalmada e eu consegui dar o remédio. Foi devagar, mas conseguimos. Eu e a enfermeira e outro auxiliar contivemos ele.” (A)

“Assim que ele chegou, eu e um colega auxiliar fizemos a abordagem e o contivemos numa maca, com ajuda da PM. Foi naquela maca com um colchonete. Nós contivemos os MMSS e MMII, e o peito. Eu chamei o médico, e ele fez uma avaliação rápida e pediu que eu fizesse um sedativo. Eu fiz e logo o paciente dormiu e o levei para outro quarto. Ele continuou dormindo o resto do meu plantão. Eu fiquei 3 dias de folga, e quando voltei eu fiquei escalado com esse paciente. Fui verificar os sinais vitais e percebi que ele cheirava mal e estava com a mesma contenção que eu havia feito, então eu descontive um dos braços para ver como estava a situação das costas. O lugar da contenção estava bem vermelho e marcado, olhei nas costas e ele

tinha várias úlceras, “sabe quando elas tão começando?”. Fui falar com a enfermeira e ela disse que não viu, mas que também não passaram nada pra ela no plantão. Ela foi lá para ver e disse que realmente ele estava criando úlceras. Então percebemos que ele ficou ali todos os dias sem avaliação. (...) e a enfermeira solicitou para os plantões seguintes a avaliação da contenção.” (12.1 A)

4.4.3. Interação da equipe e o trabalho multiprofissional

Os comportamentos incluídos nesta categoria se caracterizaram por uma série de comportamentos que estiveram presentes nos incidentes em que os pacientes chegaram em agitação psicomotora.

Para a descrição destes comportamentos foram criadas as seguintes subcategorias: **Papel do enfermeiro na liderança da equipe de enfermagem; Profissional solicita ajuda especializada; Trabalho em equipe.**

Na subcategoria **Papel do enfermeiro na liderança da equipe de enfermagem** foram relatados casos em que durante interação com o paciente, o auxiliar de enfermagem o percebe mais calmo e solicita avaliação do enfermeiro para realizar a descontenção; familiar demonstra angústia e dúvidas em relação ao atendimento e o auxiliar de enfermagem chama o enfermeiro para ajudá-lo; quando não sabe como agir com o paciente, o auxiliar se remete ao enfermeiro para realizar os procedimentos; enfermeiro avalia o risco de agitação do paciente e solicita que os auxiliares e técnicos o mantenham em observação constante.

“A paciente referiu à mim que fui realizar os sinais vitais, que não queria fazer a lavagem gástrica e não queria ter o filho também. Eu chamei a enfermeira para conversar com ela, ela sabe lidar melhor com esses pacientes. Então a enfermeira de plantão conversou com ela e orientou o marido que estava como acompanhante (que era a favor da lavagem) sobre o procedimento, e que aquilo era pro bem dela também, mas ela continuou se negando a fazer. Então a

enfermeira saiu e pediu que aprontássemos tudo sem que ela visse, para não gerar mais preocupação. O enfermeiro a orientou de que seria o procedimento seria feito para que pudesse manter a saúde do bebê, e não por escolha dela, mesmo a paciente referindo que não queria ter o filho. O marido concordou com o procedimento, e como ela estava fora da razão, ele que respondia por ela.. Ela ficou mais agitada ainda quando viu os materiais, então a enfermeira já a segurou e pediu que trouxéssemos lençóis para contê-la. Os auxiliares, a enfermeira e o médico fizeram a contenção física da paciente. Ela ficou agitada e agressiva e foi necessária a contenção física.” (03 A)

No item **Profissional solicita ajuda especializada** foram relatados casos em que chegaram crianças para o atendimento psiquiátrico de urgência, então o médico solicitou avaliação do pediatra; Médico liga no CAPS III solicitando ajuda sobre como manejar o paciente; Enfermeiro identifica o paciente em situação de risco como compartilhamento de seringas e o encaminha ao serviço especializado em HIV/AIDS.

“Assim que recebemos a ligação da regulação, o médico de plantão chamou o pediatra para ajudar a avaliá-lo. Ele chegou contido, mas mesmo assim muito agitado, então o pediatra de prontidão pediu que fizéssemos um haldol. O médico e a enfermeira tentaram conversar com ele, mas além de gritar muito, não dava pra entender o que ele dizia, a enfermeira perguntou a mãe o que havia acontecido, e ela disse que ele estava estranho nos últimos dias, e que hoje ficou agressivo e agitado.”(1 B)

“Eu fui procurar o paciente pela unidade e não o encontrei. Segundo o vigia, ele havia saído da unidade. No fim do meu plantão ele retornou à unidade, pedindo desculpas pois não conseguia ficar sem a droga e saiu para usar. Ele me disse ainda que havia se prostituído para conseguir droga. Então eu o orientei quanto aos risco da prostituição, e pedi que quando ele tivesse muita vontade de usar droga, que nos comunicasse. Eu o levei de volta à observação e deixei que ele ficasse aguardando a avaliação do CAPS. Eu já solicitei ao médico a avaliação para HIV/AIDS. No mesmo dia, à noite ele foi ao CAPS para avaliação.” (12 B)

O **Trabalho em equipe** trouxe situações em que houve a ajuda mútua na realização da contenção física e química em que o trabalho e a interação da equipe são essenciais; Solicita ajuda para realizar a medicação; há acordo mútuo na tomada de decisões quanto às condutas a serem realizadas; o profissional de enfermagem que trabalha no serviço especializado em saúde mental é eleito pelo grupo para liderar o procedimento de abordagem e contenção física ao paciente em agitação; quando vê que o colega de trabalho está sofrendo uma agressão pelo paciente, o profissional o socorre.

Estava contido em prancha, então o tiramos da ambulância e levamos para a sala de urgência. Ele se debatia muito. A enfermeira tentou contato com ele, mas ele não respondia ao contato, ele estava confuso. O médico pediu que fosse feita a medicação para acalmá-lo, e a enfermeira foi preparar. Eu e outro colega auxiliar tentamos conversar com ele, mas parece que quanto mais falávamos, mais ele agitava. Então todos nós da equipe, decidimos que só falaríamos quando fosse algum procedimento, para ver se ela diminuía a agitação. Foi então que ele foi parando de falar, e ficou mais calmo. a enfermeira foi até ele e disse que faria a medicação, e que outro auxiliar iria ajudá-la. (11 A)

4.4.4.Reações diante a agressão física e verbal

Esta categoria de comportamento está ligada aos relatos em que o paciente está agitado, agressivo durante um episódio psicótico e a agressão ou a tentativa de agressão ao profissional ocorre. Estas situações estão ligadas aos sentimentos de tensão, angústia ou medo, que geralmente acompanham o atendimento do paciente em situação de emergência psiquiátrica.

Neste item foram criadas duas subcategorias de **Como o profissional encara a agressão recebida** e **Como o profissional encara o comportamento agressivo**

As formas relatadas de **Como o profissional encara a agressão recebida** trazem situações em que ele recebe agressão do paciente e fica sem ação, paralisado; sente-se mal pela agressão recebida e por não ter sabido o que fazer na hora; ele não dá importância ao ato de ter sido agredido e continua a realizar os procedimentos; e situações em que ele compreende o comportamento agressivo ocasionado pela crise.

“O menino estava em observação na pediatria, disse que iria embora saiu. Então eu fui atrás dele. Ele continuou caminhando, então eu acelerei um pouco o passo em direção à ele, e então ele deu um salto para cima de mim e começou a me agredir. Me deu socos, chutes. Eu levei um susto que nem consegui reagir, pois nunca havia sido agredida dessa forma, estou acostumada com xingamentos, mas agressão física não. Foi uma mistura de medo com apreensão. Então os auxiliares que estavam ali vieram correndo para me ajudar e o seguraram. Já o levamos para a maca e fizemos a contenção física. A pediatra receitou um calmante e eu fiz.” (10 A)

“Nós o recebemos aqui, e o plantonista pediu que chamássemos o pediatra, para avaliar o menino. Ele estava agitado demais, então nós auxiliares tivemos que fazer a contenção, e a enfermeira aproveitou para fazer a medicação que a plantonista tinha passado. O menino parecia um bicho, eu tentei conversar com ele, mas ele cuspiu em mim e gritava demais, chacoalhava a contenção. Eu não liguei muito, pois isso sempre acontece, nem pegou em mim. A enfermeira tentou falar com ele também, mas ele estava surtado, pra mim ele não tinha noção da realidade.” (04 A)

Nos relatos que trazem **Como o profissional encara o comportamento agressivo** ele enfrenta o medo de apanhar e continua a realizar os procedimentos; avalia o medo dos colegas para realizar a abordagem, os acalma e lidera a equipe para o atendimento; transparece o medo em relação ao paciente agitado e se recusa a ajudar no procedimento. Há relatos em que os profissionais verbalizam comentários inadequados em relação ao paciente.

“Estava muito agitado, e chegou contido nos MMSS. Ele se debatia, e por mais que eu, os colegas e a enfermeira falássemos com ele, ele não respondia. Ele tinha uma fala bem desorganizada. Enquanto a enfermeira estava preparando a medicação, ele se soltou da contenção e levantou da maca. Começou a lutar, ficamos com medo pois ele estava em “posição de luta”. O médico que estava lá foi conversando com ele e eu e mais auxiliar também, tentando acalmá-lo. Dizemos a ele que íramos tentar ajuda-lo, mas ele estava muito psicótico. Foi então que veio para cima de nós. Tinham 4 auxiliares e o médico, então tivemos que engolir o medo de apanhar e tentar segurá-lo, mas ele era muito forte. Não sei como, nós conseguimos segurá-lo e deitá-lo na maca, mas ele ainda conseguiu dar uma cotovelada em mim. O contivemos, mas ele continuou se debatendo. Eu segurei o braço dele e a enfermeira já fez a sedação. Enquanto os colegas o seguraram eu o contive.” (09.1 A)

4.4.5. Interação do serviço de emergência com a Rede de saúde mental.

O Pronto atendimento é um serviço generalista de urgência e emergência. A conformação das equipes de atendimento nas unidades estudadas é de um médico clínico plantonista e de enfermeiros, técnicos e auxiliares generalistas.

Assim que o paciente chega à unidade ele é avaliado e são realizadas condutas para sua estabilização. Posterior a este atendimento, ele é enviado ao atendimento especializado para avaliação do estado mental enquanto aguarda pela vaga de internação. Muitas vezes o tempo de espera para a avaliação especializada ou para a vaga de internação são longos, podendo ocasionar transtornos aos serviços, aos profissionais que trabalham nestes serviços, e aos pacientes.

Foram identificadas suas subcategorias em que se encaixavam a interação do serviço com a rede de saúde mental: **Após avaliação, o médico solicita atendimento especializado e Tempo de espera por internação psiquiátrica.**

Após avaliação, o médico solicita atendimento especializado: Médico solicita avaliação inicial pelo psiquiatra do CAPS III que não aceita o paciente por ele estar em

agitação psicomotora; CAPS se recusa a receber o paciente pois ele está sob efeito de medicações ou sedado; Médico solicita avaliação do psiquiatra, mas deve aguardar a disponibilidade de horários dele que são conciliados com a agenda dos atendimentos ambulatoriais; o paciente só é encaminhado ao CAPS III para avaliação se houver disponibilidade de uma ambulância do SAMU para realizar o traslado.

Neste dia, o médico ligou no CAPS para solicitar a avaliação, mas não podiam recebê-lo naquele momento, pois o garoto estava sedado. Mais tarde, o médico ligou novamente, mas a médica do CAPS não podia atender pois estava com outro paciente, e disse para que o médico levasse o garoto no dia seguinte, só fizesse uma ligação antes. Permaneceu dormindo até o outro dia, acompanhado da mãe. No dia seguinte, fui avalia-lo, ele estava mais calmo, então conversei com o médico, que pediu que o descontivesse. Então médico ligou novamente e conseguiu uma vaga para o menino ser avaliado pelo CAPS. (01 B)

Manobras da equipe para manter o paciente por um tempo prolongado esperando por internação psiquiátrica: nos casos relatados, os pacientes permanecem por dias no PA aguardando vaga de internação. Há relatos de que o paciente esperou por até 15 dias;

Foram relatados casos em que o enfermeiro solicita ao serviço especializado em álcool e drogas acolha o paciente durante o dia e o paciente retorna ao PA para dormir enquanto aguarda internação, casos em que o paciente segue internado no PA e em avaliação pelo CAPS III e as medicações são ajustadas, ele tem melhora significativa e recebe alta; o acompanhante permanece em tempo integral com o paciente sem condições para essa permanência.

“Durante sua permanência na unidade, ele havia agitado por várias vezes, fugiu da unidade e se agrediu. Não contactuava com a mãe, que permaneceu ao se lado durante todos os dias. No 8º dia de permanência, a mãe começou a ficar diferente. Ele teve um episódio de agitação leve, começou a falar alto. Então eu chamei a enfermeira para conversarmos com ele e ele se acalmou, não precisou ser

contido. Foi então que a mãe dele saiu do quarto e começou a gritar e chorar. Ela dizia que não aguentava mais, que ela não poderia mais ficar lá dormindo no sofá, que estava cansada. Então a enfermeira e eu a levamos para a observação feminina, e a pusemos em um leito. Enquanto a enfermeira conversava com ela, tentando acalmá-la, eu fui chamar o médico.” (7B)

4.5 Consequências:

Entendemos por consequência todo o resultado de uma série de ações (comportamentos) adotadas para atender a demanda por atendimento de urgência psiquiátrica no PA.

Nas 26 situações positivas relatadas pelos profissionais de enfermagem houve apenas uma consequência: **o paciente se acalma**. Já dos 29 incidentes negativos foram descritas três consequências: em 14 incidentes a consequência é que **o paciente se acalma**, em 13 incidentes a consequência é a **evasão da unidade** e em 2 incidentes a consequência foi que o paciente **recebe alta**. (Tabela 5)

Tab. 5: Número e porcentagem de categorias de consequências extraídas de incidentes críticos relacionados ao atendimento das urgências e emergências psiquiátricas, com referências positivas e negativas. Ribeirão Preto, 2013.

Categorias de Consequências	Positivas		Negativas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paciente Acalma	26	100	14	48,27	40	100
Evasão	-	0	13	44,82	13	100
Recebe Alta	-	-	2	6,86	2	100
Total	26	100	29	100	55	100

4.5.1.Paciente acalma

Esta categoria demonstra o desfecho de 75% dos atendimentos à Urgência ou emergência psiquiátrica relatados. Para possibilitar a organização desta categoria, foram criadas 5 subcategorias sendo: **Paciente acalma e permanece contido; paciente acalma e fica colaborativo; paciente se acalma com a presença do familiar; paciente acalma é encaminhado; Paciente permanece dormindo**

Paciente acalma e permanece contido: foram relatados casos em que o paciente apresenta sono agitado e a equipe decide por permanecer contido e evitar nova agitação; paciente ainda tem olhar hostil e ameaçador, apesar de estar calmo.

“O paciente se acalmou e dormiu sozinho. Permaneceu na unidade contido nas primeiras horas, pois ele poderia acordar e se agitar. Aguardava avaliação do CAPS.” (14 B)

Paciente acalma e fica colaborativo: os relatos são de que o paciente sai da crise de agitação e com a interação com a equipe vai melhorando sua crise e fica colaborativo; casos em que quando há melhora da crise de agitação, paciente se desculpa com a equipe e mantém-se calmo no PA aguardando vaga para internação.

“Permaneceu na unidade aguardando avaliação do CAPS. Estava calmo e descontido, e aceitava as orientações da enfermagem.” (07 A)

Paciente se acalma com a presença do familiar: o paciente chega sozinho e a enfermeira localiza um familiar através dos prontuários antigos, e assim que o familiar chega, o paciente acalma; o paciente chega com um familiar e permanece hostil com ele, assim que o outro membro da família chega, ele se acalma; familiar ajuda na manutenção do paciente dentro da unidade.

*“O menino não se acalmava, nem com a medicação. Ele se debatia demais, gritava, ele atordoou a sala de urgência. Uns minutos depois o pai dele chegou, e foi até o filho, foi então que o menino se acalmou.”
(04 B)*

Paciente acalma é encaminhado: paciente por ser adolescente, se acalmou conseguiu uma vaga de internação na manhã seguinte; paciente se acalmou e foi encaminhado ao CAPS para avaliação especializada; paciente permanece calmo no PA até o dia em que é encaminhado à internação; paciente acorda calmo, se alimenta, agradece ao atendimento e deixa a unidade.

“O paciente permaneceu na observação, sedado. No dia seguinte pela manhã, saiu a vaga de internação dele, o que foi um milagre.” (01.2 B)

Paciente permanece dormindo: após a sedação o paciente começa a reduzir o quadro de agitação e dorme; paciente recebe muita medicação e permanece sedado por horas no serviço; paciente permanece sedado durante toda a sua internação no PA.

“Com a medicação ele ficou “chumbado”, então não sei bem se ele entendeu tudo o que eu tentei dizer a ele. Sai do plantão ele continuava chumbado e ninguém queria prestar cuidados à ele.” (15 A)

4.5.2.Evasão da unidade

A evasão da unidade como desfecho do atendimento às urgências ou emergências esteve presente em 13 incidentes (23,63%). Foram criadas nesta categoria 4 subcategorias neste item sendo: **Paciente aproveita que não está sob**

observação e foge da unidade; Paciente foge pois a equipe de atendimento não conseguiu segurá-lo; Paciente é levado embora do PA.

Paciente aproveita que não está sob observação e foge da unidade: a equipe tem que se deslocar da sala de observação para a sala de urgência, deixando o paciente sem supervisão; a sala de observação fica separada da sala de urgência, dificultando a observação constante; paciente está sem acompanhante; paciente foge da unidade e acompanhante é orientado a trazê-lo de volta caso o encontre.

“Ele havia fugido da unidade sem que ninguém tivesse visto, pois a sala de urgência é fechada, não conseguimos observar a observação, ai acontece isso.” (07.1 B)

Paciente foge, pois a equipe de atendimento não conseguiu segurá-lo: devido o medo do paciente agitado bater nos profissionais e a insegurança no serviço, eles permitem que ele fuja sem oferecer resistência.

“Ele fugiu da unidade, ninguém conseguiu segurá-lo, a guarda municipal não estava lá, ficamos com medo de apanhar.” (02 A)

Paciente é levado embora do PA: pais não ficam satisfeitos com as condutas tomadas no PA e levam o filho embora; Pai não aceita o tempo de espera pela internação e leva o filho embora.

“O pai levou o menino embora, mesmo o menino não apresentando melhora, referindo que aquilo ali não estava ajudando ele.” (08 A)

4.5.3. Paciente recebe alta:

Esta categoria faz referencia ao paciente que por não apresentar mais sinais de UEP, recebe alta do PA, que é o serviço que faz a interlocução entre o paciente e o serviço especializado.

Neste item foram relatados 2 incidentes (3,63%) sendo 1 caso em que o paciente recebe alta do serviço por não apresentar quadro agudo da doença e não é encaminhado a um serviço especializado ou comunitário. O outro caso é de que o paciente apresenta melhora do quadro agudo e é encaminhado para acompanhamento no serviço ambulatorial.

“Recebeu alta do médico, pois não apresentava nenhum quadro agudo. Mas não tinha nada pra fazer também, não tinha onde deixa-lo, nem maca disponível tinha.” (05 A)

“Ele foi ao CAPS para ser avaliado pelo especialista, e já não estava mais em surto. Ele melhorou no PA, e foi para o CAPS para ajuste de medicação.” (11 A)

5. Exigências Críticas para atender a emergência psiquiatria.

A coleta e análise de incidentes críticos sobre situações de urgência e emergência psiquiátrica e as ações de enfermagem adotadas frente às estas situações permitiu identificar um conjunto de competências críticas para o atendimento de uma emergência psiquiátrica.

Estes conhecimentos fazem referencia à saber reconhecer as situações de urgência ou emergência e aos comportamentos necessários para a aborda manejar o paciente em quadro de urgência. Estes comportamentos envolvem escolher como e de que forma realizar a abordagem verbal, as técnicas de contenção física e química e a avaliação da contenção.

O conjunto de as situações descritas como emergências psiquiátricas e os comportamentos adotados para prestar assistência são as exigências críticas de competências para prestar assistência de enfermagem no serviço de pronto atendimento

Quadro 1: Situações, comportamentos e consequências extraídos dos incidentes críticos relacionados ao atendimento dos pacientes em emergência psiquiátrica nos PA gerais.

<u>Situação</u>	<u>Comportamento</u>	<u>Consequência</u>
-Paciente chega agitado	-Abordagem Verbal	-Paciente acalma
-Paciente chega calmo	-Restrição e Isolamento	
-Evasão e retorno à unidade	-Interação da Equipe	-Evasão da unidade
-Ideação suicida/ tentativa de suicídio	-Reações diante a agressão	
-Longa espera para atendimento	-Interação do serviço de Urgência com a rede de saúde mental	

Essas competências estão relacionadas a um conjunto de conhecimentos de enfermagem que fundamentam a prática profissional. Esses conhecimentos são: saber definir uma situação de urgência, saber avaliar as funções mentais para avaliar riscos, saber uma teoria de relacionamento interpessoal que fundamente as interações com o paciente, sua família e a equipe e saber sobre a rede de atenção psicossocial.

Comportamentos:

- Abordagem Verbal
- Interação da Equipe

Estes comportamentos estão intrinsecamente ligados aos conhecimentos de:

- relacionamento interpessoal enfermeiro – paciente
- relacionamento em equipe
- relacionamento com a família

- Restrição e Isolamento
- Reações diante a agressão

A decisão por restringir e ou isolar o paciente e saber enfrentar quando, no processo é agredido, envolve habilidades e conhecimentos sobre relacionamento interpessoal e avaliação das funções mentais

- Interação do serviço de Urgência com a rede de saúde mental

A decisão de entrar em contato com o sistema de saúde mental, seja para solicitar avaliação e orientação ou para solicitar avaliação e acompanhamento envolve saber avaliar o estado mental do paciente. Funções mentais são fundamentais e relacionamento também, para garantir uma avaliação eficiente.

6. Discussão

6.1 Situações definidoras de uma emergência psiquiátrica

Quando observamos as situações relatadas pelos profissionais de enfermagem entrevistados percebemos que eles descrevem situações que na literatura são definidas como situações de urgência e emergência psiquiátricas.

Segundo QUEVEDO e CARVALHO (2014), a emergência psiquiátrica é qualquer situação em que existe um risco significativo de morte ou injúria grave para o paciente ou para terceiros, demandando intervenção terapêutica imediata. Estão incluídos nessa situação os distúrbios de pensamento, sentimentos ou ações que envolvam risco de morte ou risco social, comportamentos violentos, comportamentos suicidas, esturpor depressivo, etc.

As urgências psiquiátricas são situações em que há riscos, porém com consequências mais brandas que as emergências, mas que também requerem intervenções em curto prazo como na sintomatologia psicótica (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

A partir dessa definição, podemos concluir que os participantes deste estudo souberam identificar e relatar as situações que envolviam o atendimento a urgência ou emergência psiquiátrica de acordo com a solicitação do entrevistador. Mas cabe ressaltar que os transtornos ansiosos tiveram apenas uma referência, sendo que foi caracterizado por crise de ansiedade, pois segundo o entrevistado, o paciente referiu “estar ansioso”.

Assim, os quadros de ansiedade que costumam dar entrada nos serviços de pronto atendimento como anginas, dificuldades respiratórias e palpitações permanecem não identificados.

É importante considerar que os transtornos ansiosos constituem 24% da clientela da atenção primária, e apresentam quadros agudos que podem resultar em

procura por serviço de emergência ou pronto atendimento. Além disso os quadros agudos de ansiedade são definidos também como uma emergência psiquiátrica. Essas pessoas precisam receber atendimento em saúde mental (LYNCH; GALBRAITH, 2003)

A falta do diagnóstico e tratamento corretos dos transtornos ansiosos levam a busca repetida de atendimento por médico clínico, quando da ocorrência de novo ataque de pânico (LYNCH; GALBRAITH, 2003). Em consequência dessa falta de reconhecimento da situação, o paciente recebe tratamento inadequado para transtorno, podendo ocasionar a cronificação dos sintomas, limitação das atividades e redução da qualidade de vida, além de uso excessivo e inadequado dos recursos médicos.

KING et al (2004) realizou um estudo sobre um programa de educação aos enfermeiros de uma unidade emergencial para o atendimento das UEP. Os dados das entrevistas confirmaram a hipótese de que o aumento do conhecimento e as habilidades aumentariam a confiança dos profissionais e melhoria nos resultados dos atendimentos.

Os resultados deste estudo corroboram com os resultados obtidos por STUHMILLER et al.2004 que foram contratados para avaliar um semelhante programa educacional aos profissionais dos serviços de emergência no sul da Austrália. Cabe ressaltar que este programa educacional, além das informações necessárias sobre a doença e as técnicas para o manejo, indicavam as formas de estabelecer relações de ajuda ao paciente e ao acompanhante.

Antes do programa, o pessoal se sentia desconfortável e frustrado em receber as UEP. Após o programa de educação, esses profissionais relataram a mudança em sua confiança para abordagem ao paciente. Especificamente, eles eram muito mais confiantes para se comunicar de forma eficaz, realizar avaliações psicossociais, lidar com pacientes agitados ou agressivos, e na diminuição do uso da contenção física, bem como seu uso baseado nas técnicas aprendidas. (STUHMILLER et al.2004)

6.2 Competências – Saber avaliar e tomar decisão

Para LUCCHESE e BARROS (2009), o profissional competente é aquele que sabe administrar uma situação complexa, organizada em torno de situações concretas, como obstáculos a serem superados por meio de formulação de hipóteses. Não se resume somente à conteúdos específicos.

Desenvolver competência profissional requer obter saberes e capacidades, porém, não se limita a isso; existem os recursos que podem ser internalizados como os saberes e habilidades a serem mobilizados por um profissional em um determinado contexto, é *saber agir*. (LUCCHESE; BARROS, 2009).

Segundo WALDOW (1999), *o cuidado é composto de comportamentos e ações que envolvem o conhecimento técnico científico e também de valores, habilidade e atitudes*. Este conjunto de práticas e habilidades devem ser utilizadas para favorecer o atendimento ao paciente e propiciar a melhorar de sua condição de emergência.

Neste estudo, a abordagem verbal apareceu como conhecimento e habilidade centrais para o atendimento da UEP. Esteve presente em 80% dos incidentes relatados, agindo de forma simultânea aos outros comportamentos descritos. A forma que a abordagem verbal foi conduzida também influenciou no desfecho das situações.

No atendimento às emergências psiquiátricas a abordagem verbal deve ir além de orientações pontuais quanto os procedimentos a serem realizados. Consideramos na abordagem verbal o estabelecimento de uma relação interpessoal, em que o profissional de enfermagem estabelece uma relação de confiança e acolhimento ao paciente e ao familiar que o acompanha. Essa relação implica num envolvimento entre esses indivíduos para que ocorra a terapêutica (FUREGATO, 1999).

Trabalhar a empatia e o comprometimento no atendimento pode ser uma boa alternativa para conseguir guiar a prática centrada no sujeito e estruturar o atendimento. Isso porque, ao contrário da centralização somente na doença, é possível constituir um saber e uma prática em que se mesclam os aspectos biopsicossociais do adoecimento. (PINHO; SANTOS, 2007)

O relacionamento interpessoal, neste estudo, também foi relatado no envolvimento do profissional com a equipe multiprofissional em que está inserido. Esta relação elevou a segurança em realizar atividades que ocasionaram maior comoção ou sentimentos de medo e insegurança na equipe como o atendimento ao paciente em situação de agitação.

Realizar o atendimento às situações de UEP exige do profissional de enfermagem a habilidade em comunicar-se com o paciente e familiar. As interações entre o profissional de enfermagem e pacientes e familiar no cenário de emergência podem ser breves, mas segundo SENN (2013) são carregadas de significado para os pacientes. Portanto é essencial para o enfermeiro de emergência saber comunicar-se de forma clara, objetiva, utilizando-se da empatia e da escuta qualificada.

Para fundamentar e organizar o atendimento às UEP, utilizaremos a teoria das Relações Interpessoais de PEPLAU (1952), relacionando as competências descritas nos resultados de acordo com as fases da teoria.

Peplau foi uma enfermeira, pesquisadora e educadora que utilizou situações vivenciadas na clínica como fonte de observação de conceitos que derivam-se em exclusivos da enfermagem. Sua principal preocupação eram as condições das alas de pacientes psiquiátricos internados em manicômios, durante os anos 1940 e 1950. (SENN, 2013)

Em 1952 descreveu a Teoria das Relações interpessoais, centrada na relação entre o enfermeiro e o paciente, que contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem em saúde mental e psiquiatria. (SENN, 2013)

Essa teoria criou uma mudança paradigmática na natureza do relacionamento enfermeiro-paciente. Anteriormente a prática de enfermagem envolvia a ação sobre o paciente, mas com o trabalho de Peplau, o caráter da enfermagem mudou ao conceituar o paciente como protagonista no processo do cuidado. (FAWCETT, 2010).

PEPLAU definiu a enfermagem como a relação terapêutica entre os indivíduos; portanto, é necessário que a enfermeira interaja com o paciente propositadamente. A autora acreditava que: "*através da terapêutica de estabelecer o relacionamento*

enfermeiro-paciente, o cuidado seria mais benéfico para a saúde dos seres humanos". (FAWCETT, 2010)

Originalmente foi desenvolvida para orientar a prática com pacientes internados, porém, o processo utilizado no acolhimento da emergência é similar ao processo na fase inicial da teoria e as fases subjacentes do desfecho.

Segundo SENN (2013), o contato inicial entre o enfermeiro-paciente-familiar é o cenário ideal para estabelecer a interação com o paciente, e a qualidade desta interação interferirá na comunicação posterior com o paciente e o andamento do atendimento. Portanto, a autora indica que a fase de orientação é a fase principal para o atendimento das emergências.

FAWCETT (2010), indica que a teoria de Peplau dificilmente pode ser aplicada a pacientes com estados mentais severamente alterados como no caso dos pacientes que chegam em agitação severa. Apesar disso, o enfermeiro pode coletar dados pertinentes e facilitar um plano de cuidados estabelecendo relações com a família e os acompanhantes desses pacientes.

Em sua teoria, PEPLAU (1990) opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: *orientação, identificação, exploração e resolução*. Tais etapas estão sobrepostas e devem ser vistas de forma relacionada.

A fase de orientação é o momento em que a enfermeira e o paciente têm o primeiro contato. É neste momento em que ambos identificam e compreendem as necessidades afetadas do paciente.

Essa fase ocorre quando o paciente chega ao serviço e apresenta sua necessidade e solicita ajuda profissional. A forma de apresentar a necessidade, no caso da UEP pode se dar pela fala do paciente ou dos familiares e também nos comportamentos que ele demonstra.

Neste estudo, foram relatados casos em que o familiar é o relator dos sintomas do paciente e casos em que o paciente consegue relatar como se sente. Foram relatados ainda casos em que o paciente começa a apresentar sinais de agitação na

sala de espera. Em alguns casos o profissional de enfermagem identificou o início da crise, e outro caso em o profissional não identificou que o paciente dava indícios de que iria agitar.

A agitação, os comportamentos agressivos e a ideação suicida são comportamentos que devem ser observados com atenção pelo profissional que faz a abordagem, e seu manejo não deve ser puramente o de cessar tais comportamentos. O manejo deve ser conduzido de forma a acolher o paciente, e os familiares devem ser utilizados como fonte importante de coleta de dados a respeito ao sofrimento do paciente.

Nesta fase, o profissional de enfermagem identifica as necessidades do paciente, busca obter ainda pistas a respeito de como ele visualiza a crise que está experimentando. Dependendo da queixa, o profissional deve estar atendo às carências de informação e compreensão do paciente e dos familiares acerca do problema e tentar saná-las.

Para SENN (2013), o paciente descreverá a situação que vivenciou no PA baseado na interação com o profissional que realizou a triagem/acolhimento. Portanto o profissional que faz o acolhimento deve ter habilidades em relacionamento interpessoal e fazer a recepção do paciente de forma atenta e interessada e sem julgamentos. O mesmo se dá na relação que deve ser construída com o família.

Nas situações de UEP os pacientes podem chegar desacompanhados e não conseguir demonstrar com clareza o que sentem, então o enfermeiro deve utilizar suas habilidades em reconhecer sinais e sintomas para propor a abordagem adequada preparando a equipe para o atendimento. (FAWCETT, 2010)

Diante das necessidades identificadas, o profissional de enfermagem inserido na equipe multidisciplinar, deve tentar orientar o paciente e o familiar acerca do problema e de suas implicações. A tensão e a ansiedade apresentadas pelo paciente em decorrência de suas necessidades devem ser levadas em consideração nessa fase, este momento é crucial no atendimento da UEP, pois ele designa como acontecerá o desfecho do atendimento.

Nas situações em que o paciente estava agressivo ou agitado, o comportamento inicial utilizado foi a contenção física, já que ele representava o risco de auto e hétero agressão, além de não conseguir receber as orientações dos profissionais.

A contenção física é uma técnica que envolve o uso de dispositivos manuais para limitar movimentos do paciente, quando ele oferece risco para si e para os outros. Este recurso deve ser utilizado quando esgotadas todas as demais alternativas como a abordagem verbal, mudanças de ambiente e a eliminação de fatores externos que possam intensificar o quadro agressivo ou violento. (PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

Em seu estudo, STROUT (2010) identificou que os profissionais de saúde entendia a contenção física como um recurso terapêutico e de ajuda ao paciente utilizado para a segurança de ambos; por outro lado, os pacientes que receberam medidas restritivas relacionaram o procedimento a medidas punitivas e antiéticas, por causarem impactos psicológicos negativos e traumatizantes.

Portanto, neste momento é importante que o paciente seja orientado de tudo o que será realizado. Durante a realização do procedimento, os profissionais devem ser éticos, mesmo que o paciente tenha os exposto à agressividade ou comportamentos hostis.

A contenção física é um procedimento com finalidade terapêutica, incluída no plano terapêutico do paciente, tendo em vista os seguintes critérios: a indicação individualizada, a técnica correta e o tempo limitado. É importante que a equipe tenha em acordo os critérios necessários para utilizar esta técnica, e como as decisões de descontar o paciente e avaliar o estado mental (PAES; BORBA; MAFTUM, 2011).

O profissional deve explicar claramente todas as condutas a serem tomadas, como forma de tentar reduzir a ansiedade e estabelecer uma relação de confiança com o paciente. E utilizar a técnica de contenção física para o fim terapêutico e não como punição aos comportamentos agressivos (PAES et al. 2009)

Na fase de orientação os sentidos do paciente estão bastante aguçados e a ansiedade do familiar também, e eles passam a observar detalhes do atendimento. Neste momento cabe ao profissional de enfermagem estar atendo às necessidades do paciente e saber ouvi-lo, mesmo que a informação pareça irrelevante ou de menor importância.

Peplau cita que *quando o enfermeiro permite ao paciente expressar-se, ele pode sentir a experiência da doença como uma experiência que reorienta os sentimentos e fortalece os elementos positivos de sua personalidade.* (SILLS. 1999)

Na fase de **identificação** o indivíduo começa a experimentar a sensação de ser capaz de lidar com o problema que o aflige. Essa transformação diminui os sentimentos de desamparo criando motivação para o enfrentamento da sua necessidade. (PEPLAU, 1952)

Nesse momento, o paciente começa a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita. Durante esta fase, dependendo do tipo de abordagem recebida pelo paciente, ele pode desenvolver respostas em relação ao enfermeiro/profissional de enfermagem que o acolhe, sendo: uma relação de interdependência, na qual ele se torna sujeito colaborador; a relação de isolamento, na qual ele se fecha para a equipe, não aceitando as condutas e não se apresenta colaborativo; uma relação de dependência do serviço, que pode torná-lo um paciente que procura o serviço de urgência em demasia (PEPLAU, 1990).

Na etapa de identificação os esforços da enfermagem devem direcionar-se para o auxílio do paciente e/ou do familiar e na realização da avaliação de riscos para propor condutas e estabelecer contratos com o paciente. Nessa fase, deve ser realizado novamente o exame do estado mental do paciente e a avaliação das contenções. Há uma escassez de trabalhos que indiquem o momento e como realizar a retirada da contenção física, mas esta decisão deve ser tomada após avaliar o paciente.

Por permanecer por mais tempo ao lado do paciente, o profissional de enfermagem deve realizar a observação constante dele se atentando às modificações

de humor e melhorias, propondo mudanças nas condutas e a ajuda que necessitam. (KOLOROUTIS 2010).

Nessa fase, podemos incluir os casos relatados em que houve a fuga da unidade. Os pacientes foram descontentes e aproveitaram para fugir, deixando clara a falta de conhecimentos em avaliar o estado mental do paciente e o risco de fuga.

A terceira da fase, de **exploração** é quando o paciente começa a perceber vantagens do encontro terapêutico, isto é, ele começa a controlar o problema, e recebe ajuda. Como parte de suas atribuições, cabe à enfermeira utilizar instrumentos de comunicação, como o esclarecimento, a escuta, a orientação, a interpretação, entre outros, para oferecer recursos favoráveis à adaptação do paciente (PEPLAU, 1952).

Nessa fase deverá explorar-se ao máximo a relação com o paciente para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O paciente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos, entretanto, quando se inicia a recuperação, pode experimentar conflitos entre o seu estado de dependência e independência. Neste momento, o paciente e o familiar podem vivenciar um processo da desacreditação sobre as condutas tomadas e da assistência. (FAWCETT, 2010)

O trabalho em equipe e as tomadas de decisão em conjunto são cruciais para que a relação de confiança entre os profissionais de saúde, paciente e familiar cresça e se consolide. Atitudes como a decisão de retirada da contenção devem ser tomadas em conjunto e compartilhadas entre os profissionais de enfermagem, e a relação de confiança estabelecida proporcionará o contrato com o paciente de que ele está pronto para ser “liberto”. (FUREGATO, 1999).

O tempo de espera pela regulação ao atendimento especializado ou internação psiquiátrica também são fatores que podem gerar desconfiança e desacreditação pelo paciente e familiar. No espaço entre o acolhimento e a regulação, situações de desgaste do familiar, desgaste do paciente e piora no estado mental foram relatos frequentes, e o relacionamento interpessoal foi um fator importante no manejo dessa demanda.

Dentro dessa fase, foram relatados casos em que os familiares não se sentiram satisfeitos com as atitudes e terapêuticas dos profissionais e com a espera pela internação e resolvem por solicitar a alta pedido. Foram relatados também, casos em que o familiar permanece durante todo o período de observação ao lado do paciente, e devido o tempo de espera ocorreu o esgotamento desses familiares que entraram em crise.

A atuação da enfermagem é continuar promovendo a satisfação do paciente e do familiar em relação às suas demandas à medida que elas surgem e propor novas metas que deverão ser estabelecidas. Neste caso, prepará-lo para a internação psiquiátrica ou para a alta do PA. (FUREGATO, 1999)

A **resolução**, última fase descrita, é o momento em que as necessidades do paciente já foram supridas pelos esforços conjuntos. Nessa fase, enfermeiro e paciente devem desfazer os laços e pôr fim ao relacionamento terapêutico. Quando a relação é bem sucedida, o paciente afasta-se dos profissionais que lhe ajudaram, e torna-se independente, forte e amadurecido. PEPLAU (1952) relaciona esta fase com a alta hospitalar, neste caso identificamos como a alta do PA para a regulação ao serviço hospitalar.

O ideal seria que essa fase coincidisse com a resolução do problema que o paciente apresenta, mas no caso das UEP é a resolução da situação aguda da doença ou de comportamentos de risco.

Para que a resolução aconteça de forma bem sucedida, há a necessidade do profissional de enfermagem junto à equipe multidisciplinar trabalhar o novo caminho a ser tomado pelo paciente e pelo familiar, que após passarem pelo serviço de urgência, iniciarão uma nova etapa no tratamento que é a internação por tempo indeterminado ou o tratamento em um serviço ambulatorial.

O paciente deve ser preparado para deixar os seus cuidadores e o local atual de permanência, pois devido ao tempo de espera e seu quadro agudo, ele pode apresentar dificuldades em deixar o serviço e voltar a apresentar comportamentos de risco, como a agitação. (HICKMAN, 2000)

A rede de atenção psicossocial tem como proposta garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços e pela comunidade oferecendo cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Ela estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e assegura acesso integral à estes pacientes em todos os níveis de atenção. (BRASIL,2011)

Nesse sentido o profissional deve ter o conhecimento da rede de atenção psicossocial para que a espera do paciente possa tornar-se o início de seu processo de reabilitação. O profissional de enfermagem pode dispor da rede de atenção visando promover a assistência especializada junto às ações do PA ao paciente, até sua o momento de sua regulação, seja em atenção diária como os CAPS ou seja nas avaliações periódicas pelo psiquiatra.

Em um dos casos relatados, a paciente deu entrada por abuso de drogas e como permaneceria no serviço até seu encaminhamento ao serviço de internação a enfermeira solicitou ao CAPS-ad que a paciente pudesse passar o dia lá e retornasse ao PA para dormir. Acionando este recurso, a enfermeira fez com que o período de observação da paciente se tornasse mais terapêutico, fazendo uso dos recursos comunitários daquela região.

Foram também relatados casos em que o paciente é enviado ao atendimento especializado durante o seu período de observação no PA, para ajuste das medicações e avaliações do estado mental.

Portanto, dentro da discussão dos resultados obtidos neste estudo, os conceitos e fases do relacionamento interpessoal apresentados por PEPLAU (1952) e discutidos por diversos autores, são claros e operacionalizáveis aos serviços de emergenciais e no atendimento às UEP.

Consideramos que, embora a teoria tenha sido relacionada à prática da enfermagem psiquiátrica em especial na internação, ela pode ser utilizada em quaisquer situações em que o enfermeiro e ou profissional de enfermagem possa estabelecer algum tipo de interação com o paciente, neste caso nas situações emergenciais em psiquiatria. (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

7. Conclusão

O objetivo deste trabalho foi Identificar as competências críticas para o atendimento das emergências psiquiátricas em unidades de Pronto Atendimento. Utilizando a técnica do incidente crítico para coleta e análise dos dados, identificamos **a abordagem verbal, a restrição e isolamento, a avaliação e tomada de decisão, a Interação da equipe e o trabalho multiprofissional, as reações diante a agressão física e verbal e a interação do serviço de emergência com a Rede de saúde mental.**

Verificamos o relacionamento interpessoal como fator decisivo para o desenvolvimento das outras competências, pois é por meio deste relacionamento que o profissional conhece as necessidades do paciente e pode avaliar as funções mentais.

As situações de emergência descritas neste estudo são semelhantes às definições descritas na literatura, porém não inclui pessoas com quadro agudo de ansiedade. A literatura indica que essas pessoas costumam não ser identificadas nos serviços de atenção primária e de emergência.

É fundamental que os enfermeiros e os demais profissionais de enfermagem tenham a capacidade de interagir com habilidade com os pacientes em qualquer situação que se apresente. O relacionamento interpessoal permite acolher o paciente e seu familiar e permite que o profissional possa realizar uma avaliação que lhe ofereça confiança na tomada de decisão sobre os cuidados subsequentes ao acolhimento.

Assim identificamos que a competência de avaliar o quadro apresentado pelo paciente em situação de uma emergência psiquiátrica implica em conhecer as funções mentais e suas alterações em quadros agudos. Saber avaliar e tomar decisão com base na avaliação realizada é uma competência importante.

Respeitando as fases das teorias do relacionamento interpessoal, o atendimento deve ser realizado de forma ampliada e centrado no paciente e suas necessidades. A teoria deve ser aplicada também no relacionamento entre os

profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, propiciando a troca de informações e estabelecimento da relação de confiança mútua, propiciando a tomada de decisões além da melhoria do ambiente de trabalho.

A decisão sobre as técnicas de contenção física, o modo de realizá-la e o porquê realiza-la. Mesmo que seja uma técnica pontual é de grande importância para a segurança do paciente que ela seja executada da forma correta e pelo mínimo tempo possível. Também é importante que o profissional saiba identificar quando o paciente se encontra em condições de estabelecer um contrato de confiança para realizar a retirada da contenção física.

Outra competência crítica identificada neste estudo é saber encaminhar ou movimentar o paciente dentro da rede de atenção psicossocial para que este tenha acesso aos serviços mais adequados às suas necessidades.

Este estudo baseado em evidências e seus resultados discutido à luz da teoria de relacionamento interpessoal de enfermagem, forneceu informações importantes para a investigação e construção de competências específicas para as intervenções de enfermagem importantes para o bom atendimento nas UEP.

A aplicação de programas educacionais baseados nos resultados obtidos será essencial para propiciar a promoção da saúde e comportamentos de prevenção de agravos aos pacientes em sofrimento psicológico que vivenciam o período de “observação” no PA. As evidências produzidas através da pesquisa ajudaram a validar as atividades da enfermagem que podem ser diretamente responsáveis por resultados positivos em relação a melhora do paciente.

Como limitação do estudo indicamos que a abrangência, no sentido de obter dados somente de profissionais que trabalham em dois serviços de uma cidade de aproximadamente 600.000 habitantes, é um fator que dificultada a possibilidade de generalização. Isto é não podemos afirmar com certeza que estas são as exigências críticas de competência para o atendimento de emergência psiquiátrica. Porém nossos resultados fazem parte do rol de aspectos do atendimento de emergência psiquiátrica discutidos na literatura nacional e internacional.

Neste sentido este estudo confirmou que os conhecimentos sobre uma teoria de relacionamento interpessoal em enfermagem e o conhecimento sobre as alterações das funções mentais em situações de risco são essenciais para o bom desempenho da prática de enfermagem. Uma competência que este estudo acrescentou é o conhecimento sobre a rede de atenção psicossocial. Esta competência possibilita que os grandes objetivos estabelecidos nas políticas de saúde mental brasileira possam avançar e se concretizar.

Referências:

ALMEIDA, V.C.F.; LOPES, M.V.O; DAMASCENO, M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da escola de enfermagem USP**, v. 39, n. 2, 2005.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. 2001

_____. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF. 2002

_____. *Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde)*

_____. **Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.** Brasília: Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial: Conselho Nacional de Saúde, 2010; 22p.

BJÖRKMAN, T.; ANGELMAN, T.; JÖNSSON, M. Attitudes towards people with mental health illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 22, n. 2, p. 170-177, 2008.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J.; BRITO, A.A.C. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 13, n. 2, 2012.

CHIANCA, T.C.M. **Uma visão sistêmica do transporte do paciente cirúrgico.** 1992. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CLARKE D, HUDGES L. Psychiatric nurses in hospital emergency departments. **Canadian Nurse**, v.98, p.23-26, 2012.

DE SOUSA, F.S.P.; DA SILVA, C.A.F.; OLIVEIRA, E.N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

DELA COLETA JA. A técnica dos incidentes críticos: aplicações e resultados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**. v. 26, n. 2, p.35-38. 1974

DE OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2003.

DE PINHO, L.B.; DOS SANTOS, S.M.A. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 3, 2007.

DOS SANTOS, M.E. de S.B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 468-474, 2000.

ESTELMHSTS, P. et al. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 399-403, 2008

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis; 2010.

FILHO, G.L.F.S.; VALENÇA, A.M.; NARDI, A.E. Dor torácica no transtorno de pânico: sintoma somático ou manifestação de doença arterial coronariana?. **Revista de Psiquiatria Clínica**,v.34, n.2, p. 97-101, 2007.

FLANAGAN, John C. The critical incident technique. **Psychological bulletin**, v. 51, n. 4, p. 327, 1954.

FUREGATO A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Escala; 1999.

GALERA, S.A.F; TEIXEIRA, M.B. Defining the quality of life in mentally ill individuals. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 5, n. SPE, p. 69-75, 1997.

Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. Regionais de Saúde. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mp
Acesso em: 18 abr. 2013.

HAYASHIDA, M. **Laboratório de enfermagem como subsistema tecnológico organizacional**: análise de utilização segundo sua finalidade. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1997, 169p.

HICKMAN J.S. **Introdução à teoria da enfermagem**. In: George JB, editor. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 11-20.

JONIKAS, J.A. et al. Brief reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 7, p. 818-820, 2004.

KANSAGRA S.M. et al. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. **Academic Emergency Medicine**. v.15, p.1268. 2008.

KARSHMER, J.F.; HALES, A. A Role of the psychiatric clinical nurse specialist in the emergency department. **Clinical Nurse Specialist**, v. 11, n. 6, p. 264-268, 1997.

KATES, N. et al. An integrated regional emergency psychiatry service. **General hospital psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 251-256, 1996.

KING, Diane L. et al. Mental health and alcohol and other drug training for emergency department workers: One solution to help manage increasing demand. **Emergency Medicine**, v. 16, n. 2, p. 155-160, 2004.

KOLOROUTIS, M. **Relationship – based care**: A model for transferring practice. Minneapolis, MN: Creative Care Management, Inc. 2004

KONDO, E.H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

LOVISI, G.M. et al. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S86-S93, 2009.

LUCCHESI, R.; BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Revista da escola de enfermagem USP**, v. 43, n. 1, 2009.

LYNCH, P.; GALBRAITH, K.M. Panic in the emergency room. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, v. 48, n. 6, p. 361-366, 2003.

MENEZES, P.R. et.al. Incidence of first-contact psychosis in São Paulo, Brazil. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 191, p. 102-106, 2007

NICHOLLS, D. et al. Mental health nursing in emergency departments: The case for a nurse practitioner role. **Journal of clinical nursing**, v. 20, n. 3- 4, p. 530-536, 2011.

NOGUEIRA, M.S. et al. Técnica dos incidentes críticos: uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 107-11, 1993.

NOGUEIRA, M.S. **Incidentes críticos na passagem de plantão**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1988, 109p.

O'TOOLE A.W.; WELT S.R. **Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau**. Barcelona: Masson; 1996

PAES, M.R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico ea prática da enfermagem; Contención física en hospital psiquiátrico y la práctica de enfermería. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 4, p. 479-484, 2009.

PAES, Marcio Roberto; BORBA, Letícia de Oliveira; MAFTUM, Mariluci Alves. Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem. **Ciência cuidado e saúde**, v. 10, n. 2, 2011.

PEPLAU, H.E. Interpersonal relations in nursing. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 52, n. 6, p. 765, 1952.

_____. **Relaciones interpersonales en enfermería**: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal1.php?pagina=/ccs/snoticias/ver.php?id=18007#>>. Acesso em: 07 out. 2013.

QUEVEDO J.; CARVALHO A.F. Emergências Psiquiátricas. 3ª ed. Artmed; 2014

RIBEIRO, L.C.M et al . Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, Feb. 2012 .

SENN J.F. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: Application in Emergency and Rural Nursing. **Nursing Science Quarterly**. n.26, v.1, p. 31 –35. 2013.

SILLS G. Hildegard E. Peplau: académica, educadora y líder de la enfermería. **Investigación y Educacion en Enfermería**. n. 17, v .2. 1999

STROUT TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Intern J mental health Nurs*. 2010; 19(6):416-27.

STUHMILLER, C.M. et al. Increasing confidence of emergency department staff in responding to mental health issues: An educational initiative. **Australian Emergency Nursing Journal**, v. 7, n. 1, p. 9-17, 2004.

SUMMERS, M.; HAPPELL, B. Patient satisfaction with psychiatric services provided by a Melbourne tertiary hospital emergency department. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 10, n. 3, p. 351-357, 2003.

WAIMAN, M.A.P.; JOUCLAS, V.M.G.; STEFANELLI, M. C.. Família a reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 103-106, 2008.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health for the world's adolescents. **Report**. Geneva, 2014.

ZANE R.D. et al. Panic disorder and emergency services utilization. **Academic Emergency Medicine**. n. 10, v.10, p.1065- 1069. 2003

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO

Data: _____ **Numero de identificação:** _____

Local de Trabalho: _____

1. Dados pessoais

1.1 Sexo: 1. Masculino [] 2. Feminino []

1.2 Idade (anos completos): _____

2. Dados profissionais

2.1 Formação profissional

1. Técnico(a) em enfermagem []

2. Enfermeiro(a) []

3. Auxiliar de Enfermagem []

2.2 Tempo de formação: _____

2.4 Se profissional de nível superior questionar: Fez Curso de Pós-Graduação

1. Sim [] Qual? _____

2. Não []

2.5 Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____

2.6 Há quanto tempo faz parte desta equipe? _____

2.7 Tem outro emprego?

1. Sim [] Qual? _____

2. Não []

2.8 Formação específica em Saúde Mental ou Psiquiatria?

1. Sim [] 2. Não []

2.9 O seu serviço oferece ou já ofereceu cursos de capacitação ou educação continuada em psiquiatria?

1. Sim [] Qual? _____

2. Não []

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
“*CAMPUS*” DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 3602-3391 – FAX: (16) 3633-3271/3630-2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

CONVITE

Meu nome é Heloisa França Badagnan, sou enfermeira mestranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Estou realizando uma pesquisa que tem como objetivo de identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de pronto atendimento acerca o atendimento das emergências psiquiátricas. Para realizar este estudo, eu preciso que você preencha, individualmente, ao questionário com questões abertas e fechadas e participe de uma entrevista que será gravada. Este estudo poderá ajudar a compreender o conhecimento dos profissionais acerca das urgências e emergências psiquiátricas e o que permeia o atendimento. Por isso, acredito que você seja uma pessoa que pode colaborar com esta pesquisa. Se você se interessar em participar deste estudo, poderíamos marcar uma conversa. Cada questionário deve durar mais ou menos vinte minutos e será realizada no serviço de saúde em uma sala privativa.

Liberdade de escolha e direito de recusar:

Você não precisa responder perguntas que não queira. Você pode decidir se quer ou não participar do estudo. Você pode também decidir parar de participar, basta informar a pesquisadora. A decisão de não participar da pesquisa não afetará o seu trabalho.

Riscos e Benefícios:

Pensamos que não existem riscos em participar do estudo. O único benefício pode ser a chance de discutir assuntos de seu interesse, e de outros profissionais acerca do atendimento relacionado aos pacientes com transtornos mentais em situações de emergência. Por favor, não se sinta pressionado para falar sobre alguma coisa que você não deseje falar. Você não terá gastos e não receberá dinheiro para participar da pesquisa.

Privacidade e o aspecto confidencial:

Você é livre para decidir se quer ou não participar da pesquisa. Toda informação que você der será mantida em segredo, exceto quando se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado.

Para entrar em Contato:

Para qualquer esclarecimento, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Heloisa F. Badagnan pelo telefone (16) 99262-8120 ou Sueli Ap. Frari Galera pelo telefone (16) 3602-3408. Se você aceitar participar desta pesquisa, por favor, coloque seu nome e número do documento de identidade abaixo. Sua identidade e privacidade serão preservadas; apenas as respostas serão apresentadas em congressos e publicadas em periódicos científicos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG _____, abaixo assinado, após ter recebido as informações da pesquisadora Heloisa França Badagnan sobre sua pesquisa intitulada “**Conhecimento da equipe de enfermagem de um pronto-atendimento acerca das urgências e emergências psiquiátricas**” e que tem como **objetivos** descrever o perfil dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um serviço de PA; verificar os sentimentos dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um PA frente aos problemas relacionados à saúde mental vivenciados diariamente; identificar o preparo dos profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um PA para atender as situações de emergência psiquiátrica; verificar quais conteúdos relacionados ao atendimento aos pacientes psiquiátricos os profissionais da equipe de enfermagem que atuam em um PA referem necessidade de capacitação. Para tanto me disponho a responder um questionário com perguntas referentes ao tipo de atendimento, minha conduta, minha formação em saúde mental e a demanda de pessoas com transtornos mentais atendidas pelo serviço. Confirmando ter recebido as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, e estou ciente sobre os direitos abaixo relacionados:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo para o entrevistado.
3. A segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado.
4. O compromisso de me valer da legislação em caso de dano.
5. A garantia de que não haverá riscos e nem desconfortos, gastos de qualquer natureza.
6. A garantia de seguir todas as exigências que constam na Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a entrar em contato com as pesquisadoras Heloisa F. Badagnan pelo telefone (16) 992628120 ou Sueli Ap. Frari Galera pelo telefone (16) 3602-3408

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo, realizado pelas pesquisadoras que subscreve este termo de consentimento.

De acordo,

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Participante da pesquisa

Pesquisador responsável

ANEXO



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 462/2011

Ribeirão Preto, 16 de novembro de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 16 de novembro de 2011.

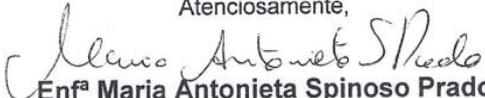
Protocolo: nº 1444/2011

Projeto: Conhecimento das equipes de enfermagem que atuam em serviços de urgência e emergência acerca das emergências psiquiátricas.

Pesquisadores: Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enf^a Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Ana Carolina Guidorizzi Zanetti
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP