



ARTIGO ORIGINAL

SENTIMENTOS DO ENFERMEIRO AO ACOLHER PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO E AGRESSIVO

NURSES' FEELINGS WHEN ACCOMMODATING AN AGITATED AND AGGRESSIVE PSYCHIATRIC PATIENT

SENTIMIENTO DEL ENFERMERO AL RECIBIR PACIENTES PSIQUIÁTRICOS AGITADOS Y AGRESIVOS

Paula Fernanda Lopes¹, Vanessa Pellegrino Toledo²

RESUMO

Objetivo: compreender como o enfermeiro se sente ao acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo em uma unidade de emergência. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, descritivo, com 13 enfermeiros que atuam diuturnamente na sala de acolhimento de uma Unidade de Emergência, a partir de entrevistas gravadas, transcritas e analisadas pelo referencial teórico metodológico da Fenomenologia Social. **Resultados:** relataram-se, pelos enfermeiros, desconforto e preocupação com sua segurança e integridade física ao acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo, entendendo essas apresentações como obstáculos, assim como a sua falta de preparo pessoal. Destacou-se que o local é desfavorável para o acolhimento, com excesso de estímulos ambientais. Caracterizam-se, assim, as suas expectativas pela necessidade de ambiente reservado e calmo. **Conclusão:** mostrou-se, pela compreensão dos sentimentos dos enfermeiros, que não se sentem confortáveis nessa ação, o que impacta negativamente o modo como atuam. Tornou-se possível entender que técnicas de manejo e utilização do relacionamento interpessoal terapêutico podem ser estratégias para facilitar a abordagem desses pacientes em unidades de emergência. **Descritores:** Acolhimento; Agitação Psicomotora; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to understand how the nurse feels when welcoming the agitated and aggressive psychiatric patient in an emergency unit. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, with 13 nurses who work daily in the reception room of an Emergency Unit, based on recorded interviews, transcribed and analyzed by the theoretical methodological framework of Social Phenomenology. **Results:** the nurses reported discomfort and concern about their safety and physical integrity when welcoming the agitated and aggressive psychiatric patient, understanding these presentations as obstacles, as well as their lack of personal preparation. It was highlighted that the place is unfavorable for welcoming, with an excess of environmental stimuli. Thus, their expectations are characterized by the need for a reserved and calm environment. **Conclusion:** it was shown, by understanding the nurses' feelings, that they do not feel comfortable in this action, which negatively impacts the way they act. It became possible to understand that techniques for handling and using therapeutic interpersonal relationships can be strategies to facilitate the approach of these patients in emergency units. **Descriptors:** User Embrace; Psychomotor Agitation; Psychiatric Nursing; Mental Health; Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo se siente el enfermero cuando recibe al paciente psiquiátrico agitado y agresivo en una unidad de emergencia. **Método:** es un estudio cualitativo, descriptivo, con 13 enfermeros que trabajan diariamente en la sala de recepción de una Unidad de Emergencia, a partir de entrevistas grabadas, transcritas y analizadas por el marco metodológico teórico de la Fenomenología Social. **Resultados:** los enfermeros informaron incomodidad y preocupación por su seguridad e integridad física al dar la bienvenida al paciente psiquiátrico agitado y agresivo, entendiendo estas presentaciones como obstáculos, así como su falta de preparación personal. Se destacó que el lugar es desfavorable para acoger, con un exceso de estímulos ambientales. Por lo tanto, sus expectativas se caracterizan por la necesidad de un ambiente reservado y tranquilo. **Conclusión:** se demostró, al comprender los sentimientos de los enfermeros, que no se sienten cómodos en esta acción, lo que afecta negativamente su forma de actuar. Se ha hecho posible comprender que las técnicas para manejar y usar las relaciones terapéuticas interpersonales pueden ser estrategias para facilitar el abordaje de estos pacientes en unidades de emergencia. **Descriptor:** Acogimiento; Agitación Psicomotora; Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental; Enfermería; Investigación Cualitativa.

^{1,2}Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. ¹<https://orcid.org/0000.0001.8392.3756> ²<https://orcid.org/0000-0003-4009-1042>

Como citar este artigo

Lopes PF, Toledo VP. Sentimentos do enfermeiro ao acolher paciente psiquiátrico agitado e agressivo. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244485 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244485>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que profissionais da saúde, principalmente aqueles que trabalham em Unidades de Emergência (UE), frequentemente se deparam com pacientes agitados ou agressivos, que correspondem a cerca de 10% de todos os atendimentos de emergência psiquiátrica.¹ Estima-se, nos Estados Unidos, que cerca de 1,7 milhões de visitas às UEs ao ano possam envolver pacientes psiquiátricos agitados.² Informa-se que, no Brasil, a proporção de atendimentos de emergências devido a transtornos mentais gira em torno de 3% do total de atendimentos efetuados em hospital geral de emergências, sendo um quarto destas visitas motivado por comportamento agitado ou violento.³

Caracteriza-se a agitação pela atividade motora ou verbal excessiva, irritabilidade, falta de cooperação e comportamento ameaçador. Explica-se que a agressão, por sua vez, não é uma característica fundamental da agitação, e a frequência com que elas estão associadas não está claramente estabelecida.¹ Representam-se, por tal comportamento, um fenômeno frequente e uma questão clinicamente relevante em Psiquiatria, estando relacionado a condições psiquiátricas como: esquizofrenia; transtorno bipolar; transtorno de personalidade; transtorno de ansiedade; síndrome do pânico e depressão, assim como em situações de uso e intoxicação por substâncias.²

Entende-se que, dependendo do grau de agitação, esses pacientes representam um risco para a integridade física, tanto para os profissionais de saúde, como para si mesmos e outros pacientes. Pontua-se que tão importante quanto a premência em diminuir o grau de agitação ou o risco envolvido na situação situa-se a necessidade de coleta de informações para a formulação de hipóteses diagnósticas e diagnóstico diferencial.²⁻³ Tem-se, nas UEs, a coleta desses dados início no acolhimento realizado pelo enfermeiro.

Explica-se que, no acolhimento, o enfermeiro é responsável por avaliar o paciente logo na sua chegada à unidade, humanizando a assistência, já que são determinados a área de atendimento primário e o tempo de espera para a avaliação médica de acordo com a gravidade do paciente. Contempla-se, pelo acolhimento, compreendido como uma tecnologia leve fundamentada nas relações, a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático. Exige-se, dos profissionais da saúde, por esse objeto, especialmente dos enfermeiros, uma capacidade diferenciada no olhar a eles concedida a fim de que percebam a dinamicidade e a pluralidade de ações que desafiam os sujeitos à

criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível.⁴

Pode-se, para muitos enfermeiros, entretanto, acolher o paciente psiquiátrico ser um desafio. Acredita-se que a natureza da apresentação de um paciente pode influenciar as tomadas de decisões do profissional no momento do acolhimento, principalmente quando precisam atender uma pessoa fortemente angustiada ou agitada. Aumenta-se a dificuldade no manejo desses pacientes à medida que se entende que a natureza movimentada da UE, com excesso de pessoas e estímulos ambientais, combinada a longos tempos de espera, muitas vezes intensifica comportamentos de agitação e agressividade pelos pacientes.⁵⁻⁷

Aponta-se que a agitação é uma situação dinâmica que pode aumentar rapidamente de ansiedade para comportamentos agressivos ou violentos, o que requer intervenção imediata e segura. Orienta-se, primeiramente, que o profissional de saúde nunca deve se colocar em uma situação insegura (por exemplo, em uma sala fechada ou onde o acesso às portas esteja bloqueado ou outros locais comprometedores). Salienta-se, assim, que, em situações em que a pessoa já chega agressiva à UE, ela não será encaminhada à sala de acolhimento, mas sim a um local com menos estímulos externos (uma sala de exame ou um consultório individual, por exemplo), sempre acompanhada de mais de um profissional de saúde, promovendo maior conforto e diminuição do tempo de espera para atendimento.²

Evocam-se, frequentemente, por incidentes de agressão envolvendo pacientes, sentimentos como culpa e compaixão do enfermeiro para com o agressor ou o fazem evitá-los, podendo também se sentir inseguro em acolher esses pacientes, ter dúvidas sobre sua competência profissional ou ainda desenvolver sentimentos de fracasso.⁸

Reforça-se que, embora as raízes dessas atitudes sejam numerosas (preconceitos pessoais, clima organizacional, preocupações com a segurança, aglomeração e falta de confiança nas habilidades), esses são fatores recorrentes no acolhimento do paciente psiquiátrico agitado ou agressivo e, por essas e outras razões, os enfermeiros da UE não se sentem à vontade para cuidar de pacientes com questões relacionadas à saúde mental.^{5,8}

Acentua-se que, com o início da reforma psiquiátrica no Brasil, se percebeu uma enorme mudança na assistência em saúde mental, como a institucionalização dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), equipamentos públicos que, entre outras funções, funcionam como serviços de atenção à crise. Percebe-se, entretanto, embora se caminhe em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, a centralização

na figura do médico e no seu saber, acarretando o aumento de visitas às UEs para o atendimento de crises que, muitas vezes, são acompanhadas de apresentações de agitação e agressividade.⁹

Pode-se afetar emocionalmente o profissional de saúde por esses pacientes, que pode se sentir ameaçado ou acreditar que existe uma ameaça para outros pacientes sob seus cuidados ou para a equipe. Esperam-se sentimentos de medo ou raiva, por exemplo, em situações ameaçadoras, desse modo, o enfermeiro deve estar ciente de seus próprios sentimentos e determinar até que ponto refletem a situação real e estar ciente de que comportamentos ameaçadores e hostis são a manifestação clínica de um distúrbio mental. Torna-se essencial que o enfermeiro permaneça neutro e tome medidas que não sejam excessivamente permissivas ou punitivas.⁹⁻¹⁰

Faz-se importante conhecer essa realidade considerando a demanda crescente de pacientes psiquiátricos agitados e agressivos nas UEs, a importância da neutralidade do enfermeiro no momento do atendimento e a escassez de literatura acerca dos sentimentos dos enfermeiros no momento em que acolhem o paciente psiquiátrico agitado e agressivo.^{1-3,9-10}

OBJETIVO

- Compreender como o enfermeiro se sente ao acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo em uma unidade de emergência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, fundamentado nos seguintes pressupostos da Fenomenologia Social de Alfred Schütz: ação social; relação face a face; motivos existenciais e tipificação.¹¹

Optou-se por este referencial teórico, pois ele permite, ao pesquisador, compreender a ação do sujeito com o outro, propondo a análise das relações sociais presentes nas experiências cotidianas.¹¹ Acrescenta-se que, neste estudo, a ação em questão é o acolhimento ao paciente psiquiátrico agitado e agressivo, que é denominada como ação social. Necessita-se, para realizar uma ação social, que as próprias vivências do sujeito acompanhem suas ações, incluindo os sentimentos de simpatia, antipatia e todos os outros e também que as vivências do outro sejam consideradas.

Espera-se, por meio da realização da ação social pelo sujeito, provocar no outro uma reação que, da mesma forma, se reportará como outra ação, o que é denominado de relação social, pois coloca em relação uns com os outros. Apresenta-se, assim, o acolhimento como um momento em que o enfermeiro desenvolve relacionamento com o paciente, oferecendo a possibilidade de

apreender diretamente o outro, em um ato de interação social, o que possibilita que o enfermeiro compreenda o paciente como uma pessoa, orientando o cuidar para o "nós". Denomina-se tal conceito como relação face a face¹¹⁻³

Ocorre-se, na perspectiva do sociólogo, a compreensão do significado da ação humana a partir de motivos existenciais. Intitula-se, aos que se referem à experiência vivida, contextualizada por meio do estoque de conhecimento, de "motivos porque"; aqueles que se relacionam aos projetos, objetivos que se quer atingir, são denominados "motivos para", sendo que o conjunto de motivos para e porque constitui a ação do sujeito no mundo social e possibilita a construção do tipo vivido do enfermeiro que acolhe o paciente psiquiátrico agressivo e agitado em uma EU.¹¹⁻²

Torna-se possível, assim, por meio de entrevistas, compreender as razões pelas quais o enfermeiro realiza, ou não, o acolhimento do paciente psiquiátrico relacionadas às suas experiências prévias (motivos porque) e também as expectativas que tem ao realizar essa ação (motivos para).¹¹ Baseou-se a entrevista, para tal, em duas questões norteadoras: "Como é, para você, acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo?"; "Como você gostaria que acontecesse esse acolhimento?".

Definiu-se como cenário a UE de um hospital universitário localizado na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. Destaca-se que, nessa unidade, o acolhimento é realizado em um pequeno consultório localizado na recepção da UE. Compôs-se o conjunto de sujeitos estudados por 13 enfermeiros que atuam na sala de acolhimento da UE, nos turnos da manhã, tarde e noite. Elencaram-se como critérios de inclusão atuar como enfermeiro que realiza acolhimento na UE em questão e estar na unidade no momento da coleta de dados. Excluíram-se os enfermeiros que estiveram em período de férias e afastamento no momento da coleta de dados.

Ocorreu-se o acesso aos participantes em seu ambiente e horário de trabalho após a obtenção da autorização da diretoria do hospital e do consentimento do coordenador da UE. Explicou-se o objetivo do estudo, individualmente, e o convite para a participação foi realizado. Iniciaram-se as entrevistas somente após a anuência dos participantes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizou-se o trabalho de campo no primeiro semestre de 2016, a partir de entrevistas gravadas, encerrando-o quando as inquietações da pesquisadora foram respondidas e o objetivo do estudo foi atingido.¹³

Analisaram-se as informações segundo os passos de pesquisadores da Fenomenologia Social: leitura

e releitura de cada depoimento, com o objetivo de identificar os aspectos relevantes referentes ao contexto da experiência dos enfermeiros; identificação e posterior agrupamento dos aspectos significativos dos depoimentos em unidades de significado; síntese das unidades de significado para, posteriormente, compor as categorias.¹⁴

Efetou-se o estudo em conformidade com a Resolução nº 466/12, que discorre sobre a pesquisa com seres humanos, aprovando-o sob o parecer nº 1.314.538. Identificaram-se os participantes, para garantir seu anonimato, com a letra “E”, inicial da palavra “enfermeiro”, seguida de números arábicos, de acordo com a ordem em que se realizaram as entrevistas.

RESULTADOS

Possibilitaram-se, pelo conhecimento de como o enfermeiro se sente ao acolher um paciente agitado e agressivo em uma UE e o que espera dessa ação, a organização e a análise das categorias que expressam os “motivos para” e “motivos porque”. Expressam-se os “motivos porque” na categoria: Sentimentos do enfermeiro ao acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo. Traduziram-se os “motivos para” pela categoria: Ambiente desfavorável para acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo.

◆ Sentimentos do enfermeiro ao acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo

Mostraram-se os enfermeiros preocupados com a sua integridade física ao refletir sobre a realização do acolhimento do paciente psiquiátrico agitado e agressivo.

[...] quando o paciente chega agressivo, agredindo todos fisicamente, dependendo do porte físico, a equipe se machuca. Por mais que a gente tente fazer o correto para evitar lesões físicas, não dá porque a gente apanha. (E3)

Mencionou-se, também, o sentimento de desconforto, além de temer por sua segurança, pois geralmente o profissional está sozinho no momento da realização dessa ação e corre o risco de sofrer uma agressão.

Quando o paciente chega muito agitado, é tenso [...] sempre dá um pouquinho de desconforto. (E11)

Na maior parte das vezes, o paciente chega agressivo e a sala não comporta esse paciente e acaba colocando em risco a vida do próprio profissional [...] a gente vai trazer ele pra sala só com o profissional enfermeiro aqui? (E4)

Destacou-se que a agressividade e a agitação podem ser reconhecidas como obstáculos para a realização da ação do acolhimento e que, quando os pacientes chegam calmos e respondem às perguntas realizadas pelo profissional, é mais tranquilo.

Quando eles chegam calmos, eles respondem tudo o que a gente precisa, aí, é tranquilo, mas, quando ele tá agressivo, aí não tem nem como conversar. (E6)

Consideraram-se o comportamento agitado e agressivo, os gritos ou surtos psicóticos como desafios que dificultam a realização de procedimentos de Enfermagem, como a verificação de sinais vitais e a classificação de risco.

[...] é um desafio porque, justamente por essa alteração de comportamento, ele dispõe muito mais e dificulta se você vai fazer uma verificação de sinais vitais, o básico que a gente faz na classificação de risco, nem sempre você consegue. (E7)

[...] se ele não tá gritando, ele não tá em surto psicótico, então, eu acho que dava pra gente classificar isso. (E1)

Sentem-se os enfermeiros desconfortáveis e acreditam não ter um preparo pessoal para acolher o paciente psiquiátrico, pois isso exige tolerância, maleabilidade ou “ter jeito” para lidar com eles.

Eu acho que é preparo pessoal mesmo. E não é todo mundo que tem aquela tolerância, aquela maleabilidade pra chegar até ele. (E2)

[...] eu, sinceramente, não tenho muito jeito, não consigo lidar muito bem com paciente psiquiátrico, mas a gente tenta. (E8)

◆ Ambiente desfavorável para acolher o paciente psiquiátrico agitado e agressivo

Considerou-se, pelos enfermeiros que realizam acolhimento na UE, que a unidade não é adequada para esses pacientes, por ser um local com excesso de estímulos ambientais, de luminosidade e de muita circulação de pessoas, o que pode contribuir para um comportamento apreensivo e agressivo.

Eu acho que aqui não é um lugar bom pro paciente psiquiátrico. Porque é um lugar agitado, com muito barulho, com muita luminosidade, com muita gente, então, isso deixa eles assustados, apreensivos, agressivos [...]. Agora, aqueles que estão mesmo em surto, agressivos, isso tudo atrapalha. (E3)

A dinâmica com esse paciente é especial. Precisa de um ambiente adequado, não pode ficar no meio de tumulto. (E5)

Evidenciou-se, também, pelos discursos dos participantes, que o paciente psiquiátrico agitado e agressivo necessita ser acolhido em uma área reservada, calma e distante da agitação comumente percebida em ambientes de UEs, que garanta sua privacidade e evite sua exposição.

Eu acho que eles deveriam ter uma área reservada. (E3)

Ele precisa estar num ambiente mais calmo, mais isolado pra fazer a abordagem [...] não dá pra fazer no meio de todo mundo. (E5)

[...] a gente acaba chamando, colocando ele na sala, tentando tirar ele de toda essa bagunça aqui do PS. (E13)

[...] não sei se você chegou a ver onde a gente faz a classificação [...] geralmente, ele é o centro das atenções, as pessoas olham, reparam e você também acaba ficando exposta. (E7)

Se chega muito agitado, a gente tenta dar uma acalmada, achar um lugar mais tranquilo pra pôr. (E11)

Citou-se outro ponto pelos enfermeiros relacionado ao ambiente em que o acolhimento acontece, tratando-se dos casos de ansiedade e pânico nos quais o paciente convence a família de que não consegue permanecer à espera do atendimento devido ao excesso de pessoas.

[...] como ele tá num quadro de ansiedade, de repente, síndrome do pânico, ele convence a família de que: “Ah, não vou, amanhã a gente vem, vamos embora, tá muito cheio” e tal. (E9)

DISCUSSÃO

Mostra-se evidente, neste estudo, a preocupação dos enfermeiros com sua integridade física pela possibilidade de serem agredidos por pacientes agitados. Pode-se explicar esse receio considerando a existência das experiências prévias dos enfermeiros que realizam o acolhimento do paciente psiquiátrico agitado e agressivo, pois é possível que tenha um estoque de conhecimentos que traga sensações de medo, desconforto ou intimidação no momento do acolhimento. Podem-se tais fatores funcionar como impedimentos para a realização dessa ação, o que é evidenciado nas falas em que alegam não conseguir lidar muito bem com pacientes com manifestações dessa natureza.¹¹

Definem-se, essas experiências prévias como atitudes naturais, explicando que um indivíduo se orienta nas situações da vida justamente pelas “experiências que armazenou” e pelo “estoque de conhecimento que tem à mão”, portanto, o enfermeiro, no caso, não pode interpretar suas observações, definir a situação em que se encontra, fazer planos, tomar atitudes, sem antes lançar mão seu próprio estoque de conhecimento.¹¹

Infere-se, segundo estudos realizados com enfermeiros de UE, que os participantes se mostraram relutantes, evitando manejar pacientes psiquiátricos, principalmente devido à falta de conhecimento e por experiências prévias de medo e intimidação, o que corrobora os achados deste estudo quando um enfermeiro demonstra receio em atender o paciente sozinho em sua sala, por exemplo.^{6,15-6} Aumenta-se o risco iminente de lesões físicas e psicológicas, além disso, por esse limitado conhecimento da equipe e pela falta de confiança percebidos nos apontamentos de falta de preparo pessoal para lidar com pacientes agressivos e com comportamentos invasivos.¹⁶

Requerem-se intervenções rápidas e seguras pela agitação. Traz-se, por um dos participantes, que os profissionais até tentam fazer o correto para evitar lesões físicas, mas acabam sendo agredidos. Necessita-se, entretanto, de entender o que seria apropriado a se fazer nessas situações. Substituíram-se progressivamente métodos tradicionais para tratar pacientes agitados, ou seja, restrições físicas de rotina e medicação involuntária, por abordagens não coercivas, como o manejo comportamental. Faz-se importante, primeiramente, encarar a agressividade do paciente como sinal de sofrimento psíquico, o que evita que o enfermeiro entenda a situação como ameaça ou coação contra a sua própria pessoa. Permite-se, com isso, que o profissional de saúde adote uma atitude empática e acolhedora, o que, na verdade, facilita o contato com o paciente e o consequente controle da violência.^{2,17}

Objetiva-se, com esse manejo, estabelecer uma relação enfermeiro-paciente o mais próxima possível de um vínculo de confiança e respeito no qual o paciente se sinta acolhido e o seu sofrimento, reconhecido, levando ao estabelecimento de um esforço mútuo no sentido de controlar a agressividade.²

Propõe-se, como forma de desenvolver essa relação, por este estudo, o uso do relacionamento interpessoal terapêutico na relação face a face em que o enfermeiro adota a empatia como técnica fundamental para o estabelecimento do vínculo essencial para o sucesso do acolhimento.¹⁸

Frisa-se que, quando o enfermeiro compreende os sentimentos vivenciados pelo paciente, por meio da empatia, há uma forte probabilidade de que o acolhimento seja eficaz, possibilitando a execução dos procedimentos de Enfermagem necessários destacados por um participante em sua fala. Ocorre-se, quando o paciente se sente compreendido, bem-vindo e aceito nos vários aspectos de sua experiência, uma maleabilidade gradual de seu jeito de ser e uma fluência mais livre de sentimentos e movimentos. Detalha-se que, como consequência, pode ocorrer uma alteração no comportamento no sentido da saúde e da maturidade psíquicas e de relações mais realistas para com o eu, os outros e o mundo circundante, possibilitando que o enfermeiro promova ações de cuidado para aquele momento.¹⁸

Associou-se, também, pelos enfermeiros deste estudo, a dificuldade em lidar com pacientes agressivos ao tamanho inapropriado da sala de acolhimento, o que pode prejudicar o manejo com essas pessoas, assim como o fato de estarem sozinhos para conduzir uma situação de risco. Acredita-se, ainda, por outros, que o acolhimento se torna um desafio à medida que fica complicado até mesmo para verificar os sinais vitais desses

pacientes, o que impossibilita a classificação de risco segundo o protocolo existente.

Recomenda-se, de fato, por especialistas, que o paciente agitado e agressivo não deve ser levado para ambientes pequenos e fechados nos quais haja obstáculos para o fluxo do profissional de saúde. Entende-se, considerando as dimensões limitadas da maioria das salas de acolhimento dos hospitais brasileiros, que esse realmente não seria o local mais adequado para manejar esse tipo de comportamento. Adiciona-se, também, o fato de que esses pacientes nunca devem ser atendidos sozinhos, o que se contrapõe ao processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em acolhimento em UE que, na maioria das vezes, não contam com a presença de outros profissionais de saúde em sala.²⁻³

Revela-se que, ao contrário da concepção popular, pacientes psiquiátricos não são mais violentos do que outros tipos de pacientes, entretanto, tentativas de agressão a enfermeiros e outros funcionários estão ocorrendo com mais frequência.¹⁷ Observaram-se, em um estudo norte-americano, 14.877 agressões ocorridas por pacientes psiquiátricos em hospitais do país, e enfermeiros foram as vítimas mais gravemente feridas.¹⁹ Mostrou-se, ainda, em um estudo realizado na Turquia, que enfermeiros frequentemente se encontram em situações em que as medidas de segurança são insuficientes.²⁰

Identificou-se, por participantes de um estudo, que o maior problema na UE é o aumento exponencial de agressão e violência por pacientes em situação de abuso de substâncias químicas e álcool. Demonstrou-se, em discussões posteriores com o grupo focal, que os enfermeiros tinham conhecimento limitado do processo de manejo de pacientes agressivos.¹⁶

Apontou-se, também, por outro estudo, que enfermeiros têm demonstrado habilidades excepcionais para lidar com pacientes agressivos e irritados, como, por exemplo, em uma situação na qual um paciente ficou com raiva, aparentemente sem motivo, quando colocaram açúcar em seu chá, pois a raiva foi tão expressiva que a equipe pensou em utilizar medidas de contenção física, porém, a enfermeira apenas se desculpou com o paciente e ele então se acalmou, evitando que ocorresse um incidente de força e contenção, o que ilustra o manejo da relação com o paciente psiquiátrico.²¹

Impulsiona-se o enfermeiro, pelo medo causado por pacientes psiquiátricos, principalmente devido a experiências prévias de situações em que pacientes apresentavam comportamento instável, a reagir rapidamente com medidas de contenção física ou mecânica, o que pode, muitas vezes, levar à agressão em si pela falta de conhecimento sobre a abordagem correta.^{11,17}

Indica-se que outro achado relacionado ao medo e desconforto frente a esse tipo de comportamento é a falta de preparo pessoal. Relatou-se, por enfermeiros, a falta de habilidades para manejar esses pacientes, o que poderia ser facilitado por meio de ações de educação permanente em que ele obtenha a confiança necessária para manejar essas situações. Pode-se, considerando o acolhimento como momento de relação social, o treinamento dos enfermeiros para utilizarem o relacionamento interpessoal ser um diferencial para o gerenciamento do potencial de agressão nessas situações.^{11,17}

Implica-se, desse modo, a aplicação do conceito de relação face a face, entendido como um momento em que é possível apreender diretamente o outro, em um ato de interação social, o que possibilita que o enfermeiro compreenda o paciente como uma pessoa, orientando o cuidar para o "nós".¹¹ Entende-se, assim, que, para o acolhimento ser desenvolvido, se faz essencial o estabelecimento de uma relação face a face entre enfermeiro e paciente.

Mostra-se, por essa relação, inserida no acolhimento do paciente psiquiátrico, sua importância, considerando que as situações de agressões ocorrem com mais frequência no momento em que os enfermeiros estão atuando no cuidado direto a esses pacientes, tornando-os os principais alvos de lesões.^{11,19-20}

Torna-se, portanto, imprescindível que o enfermeiro mantenha relacionamento interpessoal terapêutico eficaz com o paciente psiquiátrico, estabelecendo vínculos para um relacionamento baseado na confiança e segurança; assim, o paciente pode falar de si e de seus problemas com leveza e tranquilidade, depositando, cada vez mais, credibilidade na assistência de Enfermagem e, assim, diminuindo consideravelmente os riscos de agressão.²²⁻³

Precisa-se o enfermeiro, para empoderar-se do acolhimento, por meio da comunicação e do relacionamento interpessoal terapêutico, adotar um referencial teórico que embase sua prática, reafirmando o acolhimento como ação de Enfermagem.

Reflete-se que uma possibilidade para favorecer esse novo movimento do enfermeiro na construção da relação pode ser o referencial teórico do relacionamento interpessoal terapêutico não diretivo, cujo enfoque se dá a partir da relação constituída entre duas pessoas, favorecendo a descoberta pelo paciente da capacidade de utilizar essa relação para o seu crescimento, desenvolvendo a autoestima, a flexibilidade, o respeito por si e pelos outros. Pode-se, assim, a utilização de sua teoria para a Enfermagem, principalmente na realização do acolhimento, ser de grande importância para que ocorram a humanização e a integralidade do

cuidado prestado ao paciente, tornando-o mais resolutivo.²²

Pressupõe-se que a natureza agitada das UEs pode dificultar, para alguns enfermeiros, que se estabeleça relação face a face com os pacientes e, assim, considerando que o relacionamento interpessoal terapêutico é a base para o cuidado ao paciente psiquiátrico, compreende-se que a pouca interação com os pacientes não é favorável para atender às necessidades emocionais requeridas pela pessoa em sofrimento mental.^{11,23-4}

Aponta-se, de acordo com um estudo australiano, que se a UE continuar a ser a principal porta de entrada para pacientes psiquiátricos, então, ela precisa ser reestruturada para que o enfermeiro possa fornecer o cuidado necessário em um ambiente favorável.²⁴ Corroboram-se, pela questão da estrutura, os achados deste estudo, retomando os “motivos para” dos enfermeiros entrevistados, que consideram que a UE não é adequada para os pacientes psiquiátricos, apontando que gostariam que o acolhimento acontecesse em local com menos estímulos ambientais, luminosidade e circulação de pessoas.

Apresentam-se, pelo ambiente da UE, em geral, grandes estímulos, possuindo ritmo rápido de avaliação e resposta às situações de emergência. Demanda-se, entretanto, pelo paciente psiquiátrico, um manejo que é mais bem facilitado em um ambiente tranquilo, com poucos estímulos e calmo.^{2,24}

Acrescenta-se que, assim como os entrevistados neste estudo, os participantes do estudo australiano concordaram que o ambiente em que o cuidado ao paciente psiquiátrico acontece não é o mais favorável. Destacou-se, ainda, que a atmosfera altamente estimulante da UE pode contribuir para a alteração do comportamento e dificultar a realização de intervenções preventivas e do próprio cuidado ao paciente psiquiátrico, não contribuindo para acalmar uma crise psiquiátrica, o que é apresentado por estudos anteriores.^{1-2,7,24}

Torna-se essencial a necessidade de um espaço físico projetado para a segurança e o conforto dos pacientes e dos profissionais de saúde para o desenvolvimento da relação face a face e, conseqüentemente, do relacionamento interpessoal terapêutico. Correlacionam-se, dessa maneira, as expectativas dos enfermeiros entrevistados neste estudo, de certa forma, amparadas pela literatura como necessidades reais para o manejo do paciente psiquiátrico agitado e agressivo no momento do acolhimento.

Apresenta-se como poderoso obstáculo a fragilidade da participação do hospital geral no processo de reforma psiquiátrica. Indica-se, por estudos anteriores, que a formatação das UEs dificulta a formação de vínculo, visto que são pontuais, atendo-se ao sintoma apresentado pela

pessoa no momento. Faz-se necessária, desse modo, para resultados mais efetivos no acolhimento ao paciente psiquiátrico agitado e agressivo, além das possibilidades já apresentadas, a criação de articulações com a rede de atenção primária, com os CAPS, fortalecendo a ação do acolhimento nas UEs.^{9,25}

Julga-se que, apesar da portaria 2048/GM atestar que as urgências psiquiátricas são de competência técnica dos serviços de urgência, há fortes limitações para lidar com essas apresentações, considerando a concentração da atenção na remissão de sintomas; entretanto, embora o atendimento da emergência psiquiátrica nas UEs funcione como um serviço de apoio ao CAPS, não se exime a responsabilidade dos enfermeiros que atuam na emergência de buscar o estabelecimento do vínculo, o manejo dos sintomas e, conseqüentemente, a ressocialização do paciente enquanto este permanecer no serviço.²⁵

CONCLUSÃO

Contribuiu-se, pela abordagem teórico-metodológica da Fenomenologia Social, para desvelar o fenômeno de interesse deste estudo. Favoreceu-se, por tal compreensão, o delineamento do tipo vivido do enfermeiro que realiza o acolhimento, um profissional que, por muitas vezes, pode não conseguir acolher o paciente psiquiátrico que está agitado ou agressivo devido a sentimentos de preocupação com sua segurança e integridade física, que têm base em suas experiências prévias negativas.

Tornou-se ainda possível apreender que o enfermeiro espera que a ação do acolhimento ocorra em um ambiente mais favorável, pois acredita que a estrutura da UE é inadequada para o processo, o que corrobora achados de estudos internacionais.

Trouxe-se, por este estudo, como contribuição para a Enfermagem que sentimentos de medo e desconforto, por parte dos enfermeiros, impactam negativamente o modo como acolhem pacientes psiquiátricos agitados e agressivos. Percebe-se, dessa forma, que iniciativas que envolvam técnicas de manejo e utilização do relacionamento interpessoal terapêutico para a abordagem desses pacientes podem ser possibilidades para a solução do problema, além da conseqüente articulação da unidade com os serviços de atenção à saúde mental disponíveis na rede. Utilizou-se, ao finalizar a pesquisa, pelas autoras, a educação continuada como estratégia de intervenção com a equipe de Enfermagem estudada, que obteve grande adesão e resultados satisfatórios na UE estudada.

Ressalta-se, por fim, a necessidade de elaboração de outros estudos que atentem para as necessidades dos enfermeiros envolvidos no

acolhimento ao paciente psiquiátrico agitado e agressivo em UEs.

REFERÊNCIAS

- Almeida CG, Moura MG, Barberato-Filho S, Del Fiol FS, Motta RHL, Bergamaschi CC. Rapid tranquilization for psychiatric patients with psychomotor agitation: what is known about it? *Psychiatr Q*. 2017 Dec;88(4):885-95. DOI: [10.1007/s11126-017-9504-0](https://doi.org/10.1007/s11126-017-9504-0)
- Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86-128. DOI: [10.3109/15622975.2015.1132007](https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007)
- Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Oct;32(2):96-103. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006>.
- Oliveira RF, Silva MA, Costa AC. Risk classification via the nurse: a review of literature. *Rev Baiana Enferm [Internet]*. 2012 Jan/Apr [cited 2018 Mar 2];26(1):409-22. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5464/5990>
- Clarke DE, Boyce-Gaudreau K, Sanderson A, Baker JA. ED triage decision-making with mental health presentations: a “think aloud” study. *J Emerg Nurs*. 2015 Nov;41(6):496-502. DOI: [10.1016/j.jen.2015.04.016](https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.04.016)
- Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AA, Oliveira CA, Matsuda LM. Assessment of user embracement with risk rating in emergency hospital services. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 Sept;35(3):21-8. DOI: [10.1590/1983-1447.2014.03.45475](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.45475)
- Mannocci A, Meggiolaro A, Feller E, La Torre G, Guzzo AS. Knowledge of emergency department triage nurses in management of patients with mental health needs: comparisons with the Triage Model of Lazio (TLM). *Clin Ter*. 2015; 166(3):121-30. DOI: [10.7417/CT.2015.1842](https://doi.org/10.7417/CT.2015.1842)
- D’Ettorre G, Pellicani V. Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Saf Health Work*. 2017 Dec;8(4):337-42. DOI: [10.1016/j.shaw.2017.01.004](https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004)
- Martins AG. The notion of crisis in the mental health field: knowledge and practices in a center for psychosocial care. *Mental [Internet]*. 2017 Jan/June [cited 2019 Oct 05];11(20):226-42. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a12.pdf>
- Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Júnior VP, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Braz J Psychiatry*. 2019 Mar/Apr; 41(2):153-67. DOI: [10.1590/1516-4446-2018-0163](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163)
- Schütz A. *The phenomenology of the social world*. Buenos Aires: Paidós; 1973.
- Costa PCP, Garcia APRF, Toledo VP. Welcoming and nursing care: a phenomenological study. *Texto contexto-enferm*. 2016 Apr; 25(1):e4550015. DOI: [10.1590/0104-07072016004550014](https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014)
- Fusch PI, Ness LR. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. *Qual Report [Internet]*. 2015 [cited 2018 Mar 01];20(9):1408-16. Available from: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>
- Martins J, Bicudo MAV. *The qualitative research in psychology: fundamentals and basic resources*. 5th ed. São Paulo: Centauro; 2005.
- Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev*. 2014 May; 38(2):194-201. DOI: [10.1071/AH13189](https://doi.org/10.1071/AH13189)
- Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 June; 23(3):273-84. DOI: [10.1111/inm.12040](https://doi.org/10.1111/inm.12040)
- Thomas SP. Aggression and violence: perennial concerns for psychiatric mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 July;37(7):443-5. DOI: [10.1080/01612840.2016.1187507](https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1187507)
- Moreira V, Torres RB. Empathy and phenomenological reduction: potential contribution to the Rogers thought. *Arq Bras Psicol [Internet]*. 2013 Jan [cited Mar 2018 11];65(2):181-97. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v65n2/03.pdf>
- Staggs VS. Trends, victims, and injuries in injurious patient assaults on adult, geriatric, and child/adolescent psychiatric units in US hospitals, 2007-2013. *Res Nurs Health*. 2015 Feb;38(2):115-20. DOI: [10.1002/nur.21647](https://doi.org/10.1002/nur.21647)
- Bilici R, Sercan M, Izci F. Level of staff’s exposure to violence at locked psychiatric clinics: a comparison by occupational groups. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 July;37(7):501-6. DOI: [10.3109/01612840.2016.1162883](https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1162883)
- Berring LL, Hummelvoll JK, Pedersen L, Bus N. A co-operative inquiry into generating, describing, and transforming knowledge about de-escalation practices in mental health settings. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 July;37(7):451-63. DOI: [10.3109/01612840.2016.1154628](https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154628)
- Rogers CR. *On Becoming a Person*. 6th ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- Oliveira RM, Siqueira Júnior AC, Furegato AR. Perceptions on psychiatric nursing care at a general hospital inpatient unit. *Acta Sci Health*. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/>

Sciences. 2016 Jan/June;38(1):39-47. DOI: [10.4025/actascihealthsci.v38i1.28673](https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v38i1.28673)

24. Broadbent M, Moxham L, Dwyer T. Implications of the emergency department triage environment on triage practice for clients with a mental illness at triage in an Australian context. *Australas Emerg Nurs J.* 2014 Feb;17(1):23-9. DOI: [10.1016/j.aenj.2013.11.002](https://doi.org/10.1016/j.aenj.2013.11.002)

25. Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, et al. The crisis attention in the various components of psychosocial care network in Natal / RN. *Polis e Psique* [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 06]; 2:95-127. Available from:

<https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323/25630>

Correspondência


Paula Fernanda Lopes

E-mail: paula_feerd@hotmail.com

Submissão: 09/03/2020

Aceito: 12/04/2020

Copyright© 2020 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.