

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARCO ANTÔNIO BARCELOS MAGALHÃES**

**COMO ABORDAR UM PACIENTE EM SURTO  
SEM COLOCAR A EQUIPE ATUANTE EM RISCO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARCO ANTÔNIO BARCELOS MAGALHÃES**

**COMO ABORDAR UM PACIENTE EM SURTO  
SEM COLOCAR A EQUIPE ATUANTE EM RISCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof<sup>ª</sup> Orientadora: Isabel Maliska

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **COMO ABORDAR UM PACIENTE EM SURTO SEM COLOCAR A EQUIPE ATUANTE EM RISCO** de autoria do aluno **MARCO ANTÔNIO BARCELOS MAGALHÃES** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa Dra. Isabel Maliska**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

Dedico a todos os profissionais da área da saúde que muitas vezes necessitam de uma fonte de pesquisas para buscar respostas em suas dúvidas e anseios, a fim de atuar de forma humanizada sem risco a sua integridade física na abordagem do paciente em surto.

Agradeço à minha companheira de todas as horas, que está me dando forças para ultrapassar uma barreira em minha vida.

## SUMÁRIO

### RESUMO

<b>1 - INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>3 - METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>4 - RESULTADOS E ANÁLISE.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 – Técnicas de Contenção.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 – Técnicas de Comunicação Terapêutica.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 – Utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPI’s.....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 – Cuidados necessários aos familiares.....</b>	<b>20</b>
<b>5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>24</b>

## RESUMO

MAGALHÃES, M. A. B. *Como abordar um paciente em surto sem colocar a equipe atuante em risco*. 25f. Monografia [Pós-Graduação]. Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

Desde o início do atendimento a pacientes portadores de deficiência mental na Idade Média, quando esses eram vistos simplesmente como pecadores ou lunáticos e viviam isolados, passando pelo período do atendimento em instituições psiquiátricas entre os séculos XIX e XX, e chegando aos serviços substitutivos dessas instituições já no fim dos anos 1980, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), percebe-se a preocupação com a segurança das pessoas que prestam o atendimento à pacientes portadores de doença mental. Assim, esse estudo visa identificar e relatar técnicas que possam ser utilizadas no momento de abordagem ao paciente em surto, minimizando os riscos à equipe atuante. A agressividade pode ser vista como um comportamento eventual do paciente em surto, o que prejudica a segurança não só da equipe, mas também do próprio paciente. Para proceder a elaboração do presente estudo utilizou-se a metodologia do tipo qualitativa, realizando a revisão narrativa de literatura, através da análise de um material significativo, baseando-se em artigos, teses e legislações sobre saúde mental. Com isso, constata-se que a utilização de técnicas de contenção, técnicas de comunicação terapêutica, juntamente com a utilização correta de equipamentos de proteção individual – EPI's, minimizam o risco associado ao atendimento à portadores de doença mental em momentos de crise de emergência psiquiátrica.

**Palavras Chave: Enfermagem - Saúde mental – Risco.**

## 1 - INTRODUÇÃO

Desde a Idade Média até século XVIII, as pessoas com doenças mentais eram vistas como pecadoras, lunáticas e consideradas insanas, geralmente isoladas em masmorras, porões e templos, na maioria das vezes em função de comportamentos agressivos.

Nestes locais normalmente os pacientes recebiam tratamentos severos, com sangrias, açoites, camisa de força, inanição e acorrentamento, onde muitas vezes eram aprisionados em casas de caridade, uma combinação de asilo e prisão, sendo tratados por carcereiros e padres, pois a sociedade temia pela sua própria segurança e não pelo bem-estar dos doentes mentais (TAYLOR; BATISTA, 1992).

Nota-se assim, que desde o começo da ocorrência de locais que ofereciam alguma atenção a pacientes com doenças mentais, sempre houve uma grande preocupação com a segurança das pessoas que ali estavam para prestar atendimento.

Segundo Jorge *et al* (2003), durante o século XIX foram criadas as primeiras instituições psiquiátricas para o tratamento de doentes mentais, tendo sido instituído o Hospício Pedro II em 1841, por decreto do Imperador D. Pedro II, como dependência da Santa Casa. Havia conformidade com a tendência européia, principalmente francesa, que começou a perceber a loucura como doença e, desta forma, sujeita a tratamento médico.

Em 1890, resultante de críticas que relatavam maus tratos, superlotação e ausência de cura dos doentes, o hospício foi desanexado da Santa Casa, passando a ser chamado de Hospício Nacional dos Alienados, sendo o poder gerencial das religiosas, atribuído aos médicos (JORGE, *et al*, 2003).

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras surgiu no Hospício Nacional dos Alienados, através do Decreto 27/09/1890, numa primeira tentativa de sistematizar e viabilizar o preparo de pessoal de enfermagem para cuidar de doentes em hospitais civis e militares. Com as mudanças implantadas, o relacionamento enfermeiro-paciente tornou-se muito importante na terapêutica, visando criar um vínculo de confiança e segurança entre ambos, durante a realização da assistência de enfermagem (STUART; LARAIA, 2001).

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, cuja proposta era principalmente melhorar a assistência psiquiátrica aos doentes mentais, visando

também melhorar o nível educacional dos profissionais, o que traria um melhor preparo, e por consequência mais segurança a todos.

Perante o decreto da Lei N° 775, do ano de 1949, o ensino de enfermagem foi reconhecido no currículo mínimo do curso de graduação em enfermagem, com obrigatoriedade da disciplina de enfermagem psiquiátrica.

Durante as décadas seguintes houve um avanço nas políticas voltadas à saúde mental, e ao final dos anos 1980 diferentes iniciativas se levantaram pelos direitos dos pacientes portadores de doença mental. Em 1989, um projeto de lei da Câmara dos Deputados propôs o fechamento dos manicômios, por meio de diretrizes terapêuticas que proibiam a utilização de métodos mais agressivos (JORGE; FRANÇA, 2001).

Desta forma, sob este novo olhar, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que se constituem em uma rede de atenção à saúde mental. Conforme descreve o Guia de Saúde Mental, do Ministério da Saúde (2001), esta rede é constituída tanto pela atenção básica em saúde, quanto pelos serviços especializados, incluindo ambulatórios de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros.

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional, e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, tendo a responsabilidade de atender pacientes com transtornos mentais severos e persistentes.

Podemos perceber que mesmo em diferentes épocas, seja no avanço de políticas públicas de assistência em Saúde Mental ou desde o início da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, sempre haverá a necessidade de manter o fator risco, controlado.

Com isso posso definir como problema desta pesquisa: Como os profissionais de enfermagem devem abordar um paciente em surto, mantendo a segurança da equipe atuante?

A agressividade pode ser vista como um comportamento comum do paciente em surto, o que prejudica a segurança não só da equipe, mas também do próprio paciente. Assim, nota-se que a ação de subordinação, dependência e violência são a marca da psiquiatria tradicional. Desta forma, entende-se, que a violência está associada ao próprio modelo tradicional de atenção em psiquiatria e a vigilância das atitudes agressivas coube historicamente à equipe de enfermagem.

A partir da prática vivenciada na carreira de enfermagem, observando como os profissionais da área realizam os procedimentos necessários, surgiu o interesse nesta pesquisa em aprofundar os conhecimentos a respeito de técnicas utilizadas no dia-a-dia durante a abordagem de pacientes em momentos de crise de emergência psiquiátrica, para que assim possamos realizá-las com maior segurança e eficácia.

O comportamento violento e agressivo exteriorizado pelo paciente provoca medo, ansiedade e insegurança naqueles que o cercam, incluindo os profissionais. Contudo, o medo de algumas pessoas em relação a todos os pacientes psiquiátricos é desproporcional aos poucos que, de fato, constituem risco para os outros (SADOCK, B.G., SADOCK, V. A., 2007).

Este estudo tem como objetivo específico identificar e relatar as práticas e técnicas que possam ser utilizadas no atendimento ao paciente em surto, minimizando assim, o risco da equipe atuante.

Conforme Sadock B.G. e Sadock V.A. (2007), o medo excessivo nos profissionais pode prejudicar o julgamento clínico e levar ao uso prematuro e em grandes quantidades de medicamentos sedativos e de restrições físicas, como as contenções no leito.

De uma forma geral, pretende-se alertar quanto à necessidade frequente de capacitação, promovendo assim, um atendimento com maior qualidade, e conseqüentemente a segurança de todos os envolvidos no tratamento a pacientes portadores de doença mental.

## 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Uma parte considerável dos profissionais atuantes na área da saúde mental apresentam dúvidas de como intervir na crise de emergência psiquiátrica. De acordo com Stuart e Laraia (2001), situações de crise psiquiátrica são aquelas em que o funcionamento geral é gravemente prejudicado e o indivíduo se torna incompetente ou incapaz de assumir responsabilidades pessoais.

Os indivíduos que apresentam uma crise têm uma necessidade urgente de assistência e apoio do enfermeiro para ajudar a mobilizar os recursos necessários para resolver a crise.

A metodologia básica é baseada principalmente em técnicas organizadas de resolução de problemas e atividades estruturadas visando mudanças (TOWSEND *et al.*, 2002). Nesse sentido, um preparo mais consistente é exigido do profissional, incluindo a devida habilidade para utilizar o julgamento clínico.

A enfermagem clássica construiu um campo de ação identificado com a medicina, empreendendo esforços para classificar a ação que lhe é própria, são exemplos deste empreendimento diagnóstico de enfermagem e a consulta de enfermagem.

De acordo com Silva e Fonseca (2005), ancorada no positivismo científico, a enfermagem buscou classificar sua ação, desenvolver protocolos e procedimentos referidos ao cuidado da doença e sua manifestação. E seguindo esse modelo, o enfermeiro psiquiátrico referia sua ação profissional a dependência do diagnóstico e da ordem médica. A ação de enfermagem servia apenas para a manutenção de um ambiente terapêutico, palco de intervenções médico-centradas.

Por tudo isso, a enfermagem psiquiátrica, não obteve grandes avanços no Brasil, embora se observe uma tendência de mudança na prática dos enfermeiros, especialmente, relativa à sua aproximação do paciente, desenvolvendo práticas terapêuticas e grupais, assim como um espaço mais definido e reconhecido na equipe de saúde mental.

Essas práticas, como a de comunicação terapêutica, se constituem em mensagens enviadas e recebidas através de sinais, gestos, leitura da postura e atenção a expressões faciais, são grandes diferenciais no momento de crise de emergências psiquiátricas, necessitando assim, estarem inseridas em processos de capacitação.

Desta forma, percebe-se que a capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2009).

Conforme tal Política, o que se espera dos processos de capacitação é o aprimoramento do desempenho da equipe em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção, contribuindo para a tomada de decisões corretas, com utilização de técnicas específicas, agindo com liderança, promovendo uma gestão de qualidade, entre outros, e serve ainda de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências.

Além da ação educacional propriamente dita, portanto, espera-se que os componentes da capacitação sejam parte essencial da estratégia de mudança institucional.

Conforme observou Tavares (2004), há uma necessidade premente de se estabelecer processos de educação permanente junto à equipe de enfermagem de saúde mental, o que conseqüentemente promoverá uma assistência de qualidade e segura.

Acredita-se que a educação permanente dos trabalhadores de enfermagem da área de saúde mental exige além de programas educacionais baseados em definições de competências específicas, processos educativos mais amplos e problematizadores que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar.

Assim, é preciso assegurar apoio à construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço, devendo estes, auxiliar no conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas.

### 3 - MÉTODO

Para proceder a elaboração do presente estudo, e para atender os objetivos propostos, utilizou-se a metodologia do tipo qualitativa, realizando desta forma, a revisão narrativa de literatura.

Através da revisão narrativa de literatura, reporta-se e avalia-se o conhecimento produzido em pesquisas prévias, destacando conceitos, procedimentos, resultados, discussões e conclusões relevantes.

Segundo Rother (2007), os artigos elaborados através do conceito de revisão narrativa podem ser considerados publicações amplas, apropriadas para a discussão e descrição do desenvolvimento de um tema determinado, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituindo-se assim, da análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas ou eletrônicas, através da interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Tal categoria de artigos apresenta um papel fundamental para educação continuada, permitindo ao leitor a aquisição e atualização de seu conhecimento sobre um assunto específico em um curto espaço de tempo (ROTHER, 2007).

Segundo Minayo (1993, p. 23),

Vendo por um prisma mais filosófico, considera a pesquisa como “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”.

A pesquisa aconteceu entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2014 em artigos, teses, revistas, livros e meios eletrônicos como sites da Internet.

O embasamento para o desenvolvimento do referido trabalho foi obtido através de uma seleção que teve como critério a busca por descritores como, por exemplo, técnicas de contenção, técnicas de comunicação terapêutica, utilização de EPI's em assistência de saúde, risco e segurança em saúde mental.

Foram analisados aproximadamente 35 estudos, sendo utilizados de fato 21 artigos e legislações que permearam desde temas mais amplos como o Guia de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2001), até temas mais específicos, que auxiliaram, de forma mais efetiva, na elaboração do trabalho em questão, como o Compêndio de Psiquiatria.

Deste modo o material encontrado permitiu sustentar a idéia principal deste estudo, que é destacar a importância do conhecimento de práticas utilizadas no atendimento ao paciente portador de doença mental, visando manter a segurança da equipe.

No tocante aos aspectos éticos, pelo fato de se tratar de uma revisão bibliográfica, não houve a necessidade de submeter tal trabalho ao comitê de ética e pesquisa.

## **4 - RESULTADOS E ANÁLISE**

Neste capítulo serão descritas técnicas, práticas ou medidas, chamadas terapêuticas, que sendo realizadas ou utilizadas de forma correta, visam assegurar a segurança da equipe de enfermagem no atendimento à pacientes portadores de doença mental, minimizando desta forma um possível risco em um momento de crise de emergência psiquiátrica.

Importante tanto quanto essas técnicas, para manutenção da segurança da equipe atuante no atendimento ao público supracitado, é a utilização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's corretamente durante os serviços prestados.

Observou-se ainda a importância da comunicação realizada de forma efetiva com a família dos pacientes, informando-os a respeito da necessidade da realização de certos procedimentos, e de que forma são realizados.

### **4.1 - TÉCNICAS DE CONTENÇÃO**

Conforme demonstra a crença popular da sociedade, as pessoas com transtorno mental são perigosas, agressivas, sem a capacidade de compreender e responder de modo efetivo a uma abordagem verbal ou não verbal. No entanto, a magnitude dessa crença é desproporcional ao número de pessoas que manifestam comportamentos que constituem risco real em situações de exacerbação dos sintomas decorrente do transtorno psiquiátrico (SADOCK, B. G; SADOCK, V. A., 2007).

Mas, deve-se considerar a possibilidade do paciente em momentos de crise de emergência psiquiátrica manifestar comportamento agressivo e agitação psicomotora, de modo que as abordagens de acolhimento pela comunicação verbal não sejam suficientes, e a contenção física poderá constituir-se em um procedimento válido no atendimento às emergências psiquiátricas.

Segundo Sadock B. G. e Sadock V. A. (2007), a técnica de contenção física envolve o uso de dispositivos mecânicos ou manuais para limitar as ações do paciente, quando esse oferece risco para si e para terceiros, como a equipe que o atende.

A contenção física em conjunto com o hospital psiquiátrico remete as instituições manicomiais, onde essas se caracterizavam pela exclusão social, isolamento e coerção, violando assim, os direitos humanos e sociais da pessoa com transtorno mental.

Com a vigência da legislação atual em saúde mental, busca-se a reintegração da pessoa com transtorno mental à sociedade, bem como oferecer tratamentos que os distancie das práticas manicomiais. Para tanto, a Reforma Psiquiátrica no Brasil valoriza o tratamento extra-hospitalar, em Centros de Atenção Psicossocial por exemplo, com a utilização de tratamentos menos invasivos e restritivos possíveis (GUIA DE SAÚDE MENTAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Conforme observou Sadock B.G e Sadock V.A. (2007), a técnica de contenção física deve ser realizada por equipes multidisciplinares treinadas, com técnica adequada e em ambiente terapêutico. É importante atribuir o mesmo valor à contenção física, tal como as demais técnicas que são utilizadas no trabalho em saúde mental.

Atualmente, a realização desse procedimento não é considerada como específica da Enfermagem, haja vista que é preconizado que todo o trabalho em saúde mental seja desenvolvido por equipe multidisciplinar, devendo constar em um projeto terapêutico.

Esses recursos devem ser utilizados somente depois de esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente (STUART; LARAIA, 2001).

Desse modo, ela é entendida como uma forma adequada e efetiva de manter o paciente no leito mediante a restrição de seus movimentos físicos, e que não permita retirá-los com facilidade.

Como medida terapêutica, a contenção física se mostra segura e efetiva, evita danos aos pacientes com manifestação de agressividade e aos profissionais envolvidos no cuidado àqueles. Contudo, ela deve ser o último recurso utilizado, pois a prevenção do comportamento que exige contenções é a ação de enfermagem mais importante (ESTELMHSTS, *et al.*, 2008).

Para a utilização da contenção física, é imprescindível a avaliação rigorosa e global da situação em que o paciente se encontra. Para seu uso deve-se levar em consideração fatores ambientais, recursos físicos, técnicos e humanos disponíveis e não somente focar-se no comportamento manifestado pelo paciente.

De acordo com Souza *et al.* (2007), é importante considerar que o comportamento agressivo pode estar relacionado, por exemplo, com a presença de um familiar ou estimulado

pela agitação de outros pacientes e, assim, o enfermeiro, ao perceber essa situação, deve intervir no ambiente retirando o agente desencadeador.

O uso de medidas restritivas deve ter sempre a finalidade terapêutica e, portanto, serem incluídas no plano de tratamento ou projeto terapêutico do paciente bem como cumprir os seguintes critérios: indicação individualizada e tempo limitado.

Em situações atípicas de emergência, a equipe de enfermagem poderá tomar a decisão de conter o paciente, porém deve comunicar imediatamente ao médico para validar a indicação pela prescrição. Ressalta-se que, sempre que possível, se deve indicar a medida menos restritiva e que em nenhum caso esta deverá ocorrer como punição ou intimidação ao paciente (STUART; LARAIA, 2001).

Em momentos nos quais a comunicação terapêutica não se mostrar suficiente para resolver a situação, tenta-se a imposição de limites pela restrição de espaço e, se essa medida ainda não responder às necessidades do paciente, faz-se o uso da contenção física. Ressalta-se que a contenção física pode ou não ser acompanhada pela contenção química, sendo essa a utilização de medicamentos parenterais com o intuito de sedar o paciente.

Restrição de espaço refere-se à utilização de sala reservada ou ambiente em que o paciente possa perceber-se e situar-se em um local. Não devendo ser confundida com o isolamento em cela forte, comumente utilizada no passado e atualmente proibida pela Portaria GM nº 251/02.

Seja a imposição de limites por meio da restrição física ou pela técnica de contenção física, deve-se atentar para um tempo limite, devendo a equipe estar sempre atenta para a suspensão de tais técnicas o mais breve possível, observando o caso de cada paciente.

O cuidar em saúde mental requer do profissional de enfermagem visão diferenciada e que lhe permita vislumbrar o ser humano em sua totalidade, se fazendo importante a atenção à proteção e ao conforto do paciente.

Exemplo disso é a preocupação que a equipe deve ter no momento de realizar a contenção física, observando o tipo de tecido que deve ser apropriado para realização da técnica, visando a minimização de lesões, inclusive tomando-se cuidado com possíveis áreas de pressão extrema.

A contenção física por muito tempo foi realizada de maneira equivocada. No entanto, a humanização das práticas de cuidar em saúde mental, alavancadas pelas transformações ensejadas pela reforma psiquiátrica no país, requer e instiga os profissionais repensar a sua finalidade, indicação e modos de realizá-la, para que ela seja um procedimento terapêutico e não de repressão.

#### **4.2 - TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA**

Conforme Stefanelli e Carvalho (2005), na abordagem ao paciente com manifestação de comportamento agressivo, é importante o uso gradativo de técnicas de comunicação, de forma clara, firme, transmitindo o desejo de ajudá-lo, estimulando-o a falar sobre seus sentimentos, tentando acalmá-lo e procurar manter distância adequada para proteção de ambos.

Essa aproximação deve ser planejada, pois o paciente precisa sentir confiança no profissional que o está abordando. Isso requer dos profissionais de enfermagem habilidade e competência para estabelecer com o paciente uma interação mediada pela comunicação terapêutica.

Com isso, a comunicação terapêutica contribui para a excelência da prática da enfermagem e cria oportunidade de aprendizagem para o paciente podendo estimular sentimentos de confiança entre ele e a equipe de enfermagem, permitindo-lhe experimentar a sensação de segurança e apoio (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos e sim propor uma ação de cuidados abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver a habilidade de comunicação. Deste modo, o uso da comunicação como instrumento básico do enfermeiro é um meio utilizado para atender as necessidades do paciente.

O conceito de comunicação terapêutica adaptado da teoria de Ruesch, consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado, e ainda, superar os bloqueios à auto-realização para enfrentar seus problemas (STEFANELLI, 1993).

Assim, percebe-se a comunicação como um processo que pode ser utilizado como instrumento de ajuda terapêutica. Para tanto, o enfermeiro deve ter conhecimentos

fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação e adquirir habilidades de relacionamento interpessoal para agir positivamente na assistência ao paciente, de forma segura e eficaz.

Para que esta possa fluir bem, o profissional de enfermagem deve saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas, ser honesto, mostrar respeito, dispensar tempo suficiente para a conversa e mostrar interesse, entre outras habilidades.

Conforme explica Taylor e Batista (1992), o modo de comunicação não verbal nem sempre é consciente, e descreve-o como mensagens enviadas e recebidas pelas expressões faciais, qualidade da voz, postura física e gestos, que transmitem atitudes, sentimentos e reações com maior clareza do que as palavras faladas. Ressalta ainda, que o profissional de enfermagem deve estar atento tanto à comunicação não verbal do paciente, quanto à sua própria.

A comunicação não é simplesmente uma troca de mensagens entre o enfermeiro e o paciente, mas é uma ação que deve ser planejada e individualizada, não sendo realizada somente por impulsos e de forma intuitiva.

A comunicação terapêutica estabelecida com o paciente antes, durante e após um episódio de agitação pode ser considerada como fator relevante no cuidado de enfermagem em saúde mental. Essa atitude do profissional colabora para resolução da situação e auxilia inclusive, na aceitação do paciente em relação à contenção física (SILVA, BRASIL, BARBOSA, 2000).

O enfermeiro, a partir da comunicação desenvolvida com o paciente, identifica suas necessidades, informa sobre procedimentos ou situações que ele deseja saber, promove o relacionamento do paciente com outros pacientes, com a equipe multiprofissional ou com familiares, promove educação em saúde, troca de experiências e mudança de comportamentos, entre outros.

Conforme explica Silva *et al.* (2000), essa interação pode influenciar o comportamento dos pacientes, que reagirão muitas vezes, de uma forma menos agressiva. Por isso, o relacionamento entre enfermeiro e paciente, baseado na comunicação terapêutica, adquire tanta importância no fenômeno de cuidar, de uma forma mais segura para todos.

### **4.3 - UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI'S**

Um dos riscos do trabalho de enfermagem de grande importância é o risco biológico devido à probabilidade de acidentes e aquisições de infecções de formas variadas, como através da inalação, penetração em mucosas, deposição sobre a pele, seguida de propagação localizada, introdução no organismo com auxílio de objetos e instrumentos, entre outros (MENDES, 2003).

Tais situações de risco podem ocorrer, algumas vezes, em função do contato direto com pacientes portadores de doença mental, em momentos de crises de emergência psiquiátrica, onde eventualmente podem vir a ocorrer arranhões, salivas expelidas pela boca desses pacientes, entre outros acidentes.

Para Souza (2001), os riscos biológicos representam a possibilidade de contato com material biológico, como sangue e outros fluidos orgânicos, que podem veicular agentes biológicos patogênicos causadores de danos à saúde do homem.

Os profissionais de enfermagem da área de saúde mental, por manterem contato direto com pacientes, e realizarem intervenções químicas através de punções venosas, estão frequentemente expostos aos agentes biológicos encontrados no sangue e outros fluidos corpóreos, o que caracteriza esta exposição como risco biológico.

Considerando-se os riscos de exposição dos profissionais da área da saúde ao sangue e outros fluidos biológicos durante a realização de suas atividades, os Center of Disease Control - CDC (Centros de Controle de Doenças) introduziram, em 1985, a adoção de medidas de proteção conhecidas como Precauções Universais (PU). Em 1996, estas medidas foram reformuladas e classificadas como Precauções Padrão (PP) e incluem, entre outra a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI (GARNER, 1996).

Em 2007, foi publicado pelo CDC um novo manual sobre precauções para prevenção de transmissão de agentes infecciosos em estabelecimentos de saúde, no qual foram adicionadas novas recomendações e reforçadas as já existentes. De acordo com este documento, CDC (2007), as PP baseiam-se em diversos pontos, sendo relativo à utilização de EPI's:

Uso de luvas: caso haja contato com sangue ou outros líquidos potencialmente infectantes, ao lidar com mucosas ou pele não intacta;

Uso de avental: caso haja possibilidade de contato com pele ou roupas do profissional com sangue ou líquidos potencialmente infectantes;

Uso de máscara, óculos, protetor facial: caso haja possibilidade de respingos de sangue ou líquidos potencialmente infectantes;

Assim, com a utilização dos devidos EPI's nos momentos de contato com pacientes em crise de emergência psiquiátrica, a equipe estará protegida, minimizando os potenciais riscos envolvidos.

#### **4.4 - CUIDADOS NECESSÁRIOS AOS FAMILIARES**

Entendendo que a assistência de Enfermagem seja individual, familiar ou grupal, sendo possível pela relação interpessoal, evidenciamos que o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental para o enfermeiro (STEFANELLI, 2003).

Assim percebe-se que no atendimento emergencial ao paciente portador de doença mental, faz-se necessário informar aos familiares presentes quanto às necessidades, e o porquê de algumas técnicas e procedimentos realizados.

Para realização desse esclarecimento, tão útil e vital para um relacionamento de qualidade com a família do paciente, é importante que profissional de enfermagem se expresse de forma autêntica, sincera e empática.

De acordo com Estelmhsts (2008), na grande maioria das vezes em que o profissional aplica técnicas de contenção, os familiares não sabem, ou não entendem os motivos pelos quais foram adotados tais procedimentos, acreditando simploriamente, ser essa a única maneira de conter o paciente que se apresenta agressivo e fora de controle.

É necessário que a família tenha acesso às informações, que os possibilitem entender que muitas vezes esse paciente pode, por exemplo, estar com medo.

Conforme observou Timby e Garcez (2001), existe uma íntima relação entre a agressividade apresentada pela pessoa em sofrimento mental e o medo, pois se considera que o paciente que agride é uma pessoa que está assustada e amedrontada.

A insegurança gera o medo, que produz descontrole de impulsos agressivos, os quais resultam em agressividade. O medo pode surgir pela manifestação de sintomas da doença,

alucinações visuais ou auditivas, contudo, dependendo da forma como o paciente é abordado, a agressividade pode aumentar ou diminuir (TIMBY, GARCEZ, 2001).

Assim destaca-se a importância de informar à família que as opções terapêuticas de controle da agressividade foram iniciadas pela abordagem verbal, através de técnicas de comunicação terapêutica, e somente quando esta se mostrou insuficiente é que se optou por medidas de contenção física.

Dessa forma a família se vê inserida em todo o contexto de atendimento ao paciente, sendo informada no que diz respeito à finalidade dos procedimentos realizados, entendendo não serem esses meramente utilizados como punição.

Deve-se informar que a contenção física é uma técnica terapêutica, utilizada em situações de agitação psicomotora, agressividade ou quando há a necessidade de estabelecer limites. Na maioria das vezes, obtendo-se resultados positivos, diminuindo a ansiedade, acalmando, permitindo a liberação de sentimentos de raiva, entre outros.

Importante destacar ao familiar que em algumas situações o efeito da contenção física é efetivo e acaba por dispensar o uso de medicamentos, conferindo tempo e condições ao paciente de repensar suas atitudes, sua vida e até de falar a respeito de sentimentos não externados em grupos terapêuticos ou em outros espaços.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com o descrito no corpo do presente estudo, quanto à promoção de segurança e minimização dos riscos associados ao atendimento de portadores de doença mental em situações de emergência psiquiátrica, percebe-se a importância da capacitação da equipe atuante.

Conclui-se que a utilização da técnica de comunicação terapêutica, juntamente com a técnica de contenção física quando necessária, sendo essas sempre associadas à utilização de EPI's, se fazem mister para a segurança da equipe atuante na abordagem do paciente em surto.

Percebeu-se que a técnica de contenção física desenvolvida de maneira correta e respaldada pela comunicação terapêutica se mostra eficiente e um instrumento importante para a equipe de saúde ao trabalhar com pacientes em momentos de agitação intensa e de agressividade.

Também se faz importante, o alerta sobre a necessidade da comunicação que a equipe de atendimento deve estabelecer com os familiares do paciente, informando-os a respeito do porquê são administrados os procedimentos necessários, e como esses procedimentos levarão ao sucesso do tratamento.

Espera-se que este estudo seja uma oportunidade para reafirmar que a adequada formação profissional é fundamental para a execução plena das atividades realizadas no setor de saúde mental.

Desta forma recomenda-se que os profissionais de enfermagem atuantes na área da saúde mental, sejam inseridos em programas de capacitação, onde ocorra a instrução permanente dessas técnicas, em conjunto com o alerta para utilização de EPI's, para que assim possa haver uma redução efetiva dos riscos associados ao atendimento de portadores de doença mental.

Conclui-se também, que é necessário aumentar as discussões sobre a prática em saúde mental, principalmente quanto aos procedimentos restritivos, aprimorando o uso das técnicas de contenção, buscando desenvolver novas tecnologias e maior conhecimento acerca desse tema. Cabe aos enfermeiros, investirem em estudos e aplicação de estratégias de comunicação

terapêutica, bem como incentivar a equipe a utilizá-la de forma sistematizada e contínua com os pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei Federal N° 775 de 06 de Agosto de 1949 – *Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências*. Rio de Janeiro (RJ). 1949.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF). 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM ° 251, de 31 de Janeiro de 2002. *Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências*. Ministério da Saúde. Brasília (DF). 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de saúde mental*. Porto Alegre: Ministério da Saúde. Brasília (DF). 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. *Guidelines for Isolation Precaution: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. 2007. Atualizado em Junho de 2007. Disponível em: <http://www.cdc.gov>. Acesso em: 03 de fev. 2014.

ESTELMHSTS, P.; BRUSAMARELLO, T.; BORILLE, D.; MAFTUM, M. A. *Emergência em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação*. Revista de Enfermagem, UERJ. Rio de Janeiro (RJ). 2008.

GARNER, J. S. *CDC – Guideline for prevention of surgical wound infections*. *Am J Infect Control*. V. 14. 1996.

JORGE, M. A. S.; ALMEIDA, P. S. S.; BELMONTE, P. R.; REIS, V. L. M. *Texto de apoio em saúde mental*. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizadores. Fio Cruz; Rio de Janeiro (RJ). 2003.

JORGE, M. R.; FRANÇA, M. F. A. *A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil*. Revista Brasileira de Psiquiatria .2001.

MENDES, R. *Patologia do trabalho*. Atheneu. São Paulo (SP). 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Hucitec. São Paulo (SP). 1993.

ROTHER, E. T. *Revisão sistemática X revisão narrativa*. Acta Paulista de Enfermagem. Vol. 20, núm. 2. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo (SP). 2007. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso)>.access on 18 de Mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SADOCK, B. G.; SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre (RS). 2007.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. *Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005.

SOUZA, A. C. S. *Risco biológico e biossegurança no cotidiano dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo (SP). 2001.

SOUZA, M. G. G.; CRUZ, E. M. T. N.; STEFANELLI, M. C. *Educação continuada e enfermeiros de um hospital psiquiátrico*. Revista de Enfermagem. UERJ. 2007.

STEFANELLI, M. C. *Comunicação com paciente – teoria e ensino*. 2ª ed. Robe Editorial. São Paulo (SP). 1993.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Manole. Barueri (SP). 2005.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre (RS). 2001.

SILVA, L. M.; BRASIL, V. V.; BARBOSA, A. L. *Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal*. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2000.

TIMBY, B. K.; GARCEZ, R. *Atendimento de enfermagem: conceitos e habilidades fundamentais*. 6ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre (RS). 2001.

TAVARES, C. *A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial*. Texto Contexto Enfermagem. 2004.

TAYLOR, C. M.; BATISTA, D. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª ed. Artes Médicas. Porto Alegre (RS). 1992.

TOWSEND, M. C.; MUNDIM, F. D.; DA CRUZ, I. C. F. *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro (RJ). 2002.