

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI

**O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM
COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA EM UMA EMERGÊNCIA**

PORTO ALEGRE

2017

CRISTINA ELISA NOBRE SCHIAVI

**O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM
COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA EM UMA EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte

PORTO ALEGRE

2017

RESUMO

SCHIAVI, Cristina Elisa Nobre. **O fazer e o sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em uma emergência.** 2017. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

O objetivo deste estudo é analisar o fazer e o sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com Comorbidade Clínico-Psiquiátrica (CCP) no Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter exploratório-descritivo, cujos participantes foram dois enfermeiros de cada turno de trabalho, totalizando 12 profissionais, selecionados intencionalmente, tendo em vista suas posições em locais estratégicos no atendimento de pacientes com CCP. Os dados deste estudo foram extraídos do banco de dados do projeto guarda-chuva, cuja coleta foi realizada no período de julho à setembro de 2016 por meio de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra de forma literal. As perguntas fechadas foram analisadas e apresentadas através de percentuais simples. As perguntas abertas foram analisadas a partir da análise temática proposta por Minayo. O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados apontam que o fazer do enfermeiro em relação ao paciente com CCP em emergência compreende cuidados diretos e indiretos, que envolvem desde o atendimento da crise psiquiátrica, realização de manejo verbal, contenção mecânica e química, avaliação dos riscos para esse paciente e garantia da sua proteção no SE e a promoção de um ambiente mais seguro e menos perturbador, e incluem também o gerenciamento de todo o atendimento prestado, a solicitação de permanência de acompanhante ou familiar junto ao paciente, acionamento de consultoria da especialidade psiquiátrica e a realização de encaminhamentos desse paciente aos serviços de referência da rede saúde. Diante desses fazeres, desvelam-se sentimentos que emergem nos enfermeiros, destacando-se sensação de impotência perante os casos, angústia pela falta de estrutura e recursos humanos do SE, medo das reações dos pacientes, descaso e indiferença em relação ao paciente psiquiátrico, despreparo para prestar o devido atendimento a esse perfil de paciente. No entanto, mesmo vivenciando determinadas limitações e condições inadequadas no serviço, alguns enfermeiros se sentem satisfeitos quanto ao atendimento prestado ao paciente com CCP no SE, por terem realizado a assistência que estava ao seu alcance. Considerando-se que o fazer e o sentir estão intimamente relacionados, é

essencial investir em ações e intervenções que busquem diminuir a perpetuação de abordagens preconceituosas e possibilitar mudanças de concepções, o enfrentamento de estigmas e superação de sentimentos que denotem negatividade em relação ao paciente psiquiátrico. Sugerem-se estratégias com vistas a sensibilização dos profissionais, como proporcionar espaços para a reflexão, expressão de sentimentos e compartilhamento de vivências, conflitos e dificuldades enfrentadas, de modo que seja possível discutir, avaliar e aprimorar o fazer dos enfermeiros frente ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no SE. Possibilitando, assim, a construção de práticas mais potencializadas e fortalecedoras, bem como o constante aprimoramento e qualificação do processo de cuidar.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Enfermeiros; Emergências; Comorbidade; Saúde Mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVO	09
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 O PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA	10
3.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA	11
3.3 OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS GERAIS E O FAZER DO ENFERMEIRO	14
4 MÉTODO	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 CAMPO DO ESTUDO	17
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	18
4.4 COLETA DE DADOS	19
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	19
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 O FAZER DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA	26
5.1.1 Cuidados Diretos	26
<i>5.1.1.1 Atendimento da Crise Psiquiátrica</i>	<i>26</i>
<i>5.1.1.2 Realização de Manejo Verbal, Contenção Mecânica e Contenção Química</i>	<i>28</i>
<i>5.1.1.3 Avaliação dos Riscos Para o Paciente e Garantia de Sua Proteção</i>	<i>34</i>
<i>5.1.1.4 Promoção de Ambiente Mais Seguro e Menos Perturbador</i>	<i>38</i>
5.1.2 Cuidados Indiretos	40
<i>5.1.2.1 Gerenciamento de Todo o Atendimento do Paciente</i>	<i>41</i>
<i>5.1.2.2 Solicitação de Permanência de Acompanhante ou Familiar</i>	<i>42</i>
<i>5.1.2.3 Acionamento de Consultoria da Psiquiatria</i>	<i>44</i>
<i>5.1.2.4 Realização de Encaminhamentos Para Serviços de Referência</i>	<i>46</i>
5.2 O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA	47
5.2.1 Sentimentos	48
<i>5.2.1.1 Impotência Perante o Caso</i>	<i>48</i>

<i>5.2.1.2 Angústia Pela Falta de Estrutura e Recursos Humanos</i>	50
<i>5.2.1.3 Medo das Reações do Paciente</i>	52
<i>5.2.1.4 Descaso e Indiferença em Relação ao Paciente Psiquiátrico</i>	53
<i>5.2.1.5 Despreparo Para Prestar o Atendimento</i>	55
<i>5.2.1.6 Satisfação em Relação ao Atendimento Prestado</i>	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA	74
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	75
ANEXO B – ADENDO AO PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	76
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS	79

1 INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, mudanças estão ocorrendo em relação ao modelo assistencial em saúde mental. Frente a essas transformações, alguns aspectos têm sido repensados, reformulados, reorganizados e reconstruídos, dentre eles as formas de tratamento e abordagem, além de modalidades e ferramentas de atendimento aos pacientes com transtornos mentais (KONDO et al., 2011).

Assim sendo, dentre os serviços que compõem a rede de saúde mental, incluem-se os SE de Hospitais Gerais (HG), que passaram a adotar novas responsabilidades, cabendo aos profissionais de saúde realizar o acolhimento de pessoas com transtornos mentais. Os SE de HG assumiram um papel fundamental na identificação de quadros agudos, estabilização da crise, introdução do tratamento e prevenção de complicações (BORGES et al., 2012; KONDO et al., 2011).

Nesse sentido, os SE caracterizam-se por disponibilizar atendimentos de alta complexidade e diversidade à população, em situações agudas graves com necessidade de resolução imediata e eficiente, exigindo profissionais capacitados e instrumentalizados, além de materiais e equipamentos disponibilizados rapidamente, o que os torna referencial de suporte à determinados agravos à saúde. Entretanto, as tecnologias e os recursos avançados utilizados para manutenção da vida nem sempre garantem a qualidade da assistência, pois há influência de fatores inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados nesses locais (DAL PAI; LAUTERT, 2005; COELHO et al., 2010; SOBRAL et al., 2013).

Os SE são a porta de entrada dos HG e funcionam ininterruptamente, oportunizando o fácil acesso aos usuários para solução das suas necessidades de saúde, sejam elas emergenciais ou não. Conforme Jesus (2012), nessa perspectiva, a procura pelo atendimento nas emergências ainda é indiscriminada, ou seja, a população busca nestes serviços a resolução de problemas que poderiam ser resolvidos em outras esferas da rede de saúde. Como consequência desse contexto, Morais e Melleiro (2013) acrescentam que as emergências têm atendido além de sua capacidade, o que repercute na situação caótica de superlotação tão evidenciada nesses serviços.

No que diz respeito ao crescente contingente de pacientes com transtornos psiquiátricos nas emergências, sabe-se que este fato está associado ao aumento da incidência de agressividade e violência, às causas orgânicas influenciando o estado mental dos indivíduos, e à epidemia da

dependência do álcool e de outras substâncias (SADOCK; SADOCK, 2007). De acordo com Paes (2009) nota-se um número significativo de pacientes internados em hospitais gerais que apresentam alguma patologia psiquiátrica associada a uma doença orgânica, o que determina a CCP. Frente a isso, os serviços de emergências acabam recebendo pacientes com transtornos mentais, seja por descompensação de questões clínicas, seja por exacerbação dos sintomas psiquiátricos.

Ressalta-se que a implementação de ações, ferramentas e dispositivos terapêuticos na prática assistencial em HG a esse perfil de paciente encontra-se em processo de construção. Por conseguinte, são esperadas dificuldades e potencialidades na estrutura e organização das equipes de saúde desses locais no que tange a atenção ao paciente psiquiátrico (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). Isto posto, na conjuntura atual, é possível constatar que mesmo com os avanços conquistados nas modalidades de tratamento, o atendimento do indivíduo com transtorno mental em HG continua sendo um grande desafio tanto para os profissionais quanto para os gestores dos serviços (FERNANDES; SILVA; IBIAPINA, 2015).

Segundo Fernandes (2014), a enfermagem possui um diferencial em relação aos demais trabalhadores, visto que são os profissionais que permanecem grande parte do tempo junto aos pacientes prestando seus cuidados. Frente a essa perspectiva, é essencial compreender o fazer desses profissionais e levar em consideração seus sentimentos no atendimento aos pacientes psiquiátricos, cuja demanda acontece diariamente e vem crescendo significativamente nas emergências.

Assim, a motivação da autora para o desenvolvimento deste projeto deu-se a partir do envolvimento desta em uma pesquisa com os enfermeiros do SE do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no ano de 2015. Mediante os depoimentos dos participantes, surgiram inquietações que a instigaram a investigar acerca do fazer e do sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em emergências de hospitais gerais.

Diante do exposto, com este estudo busca-se ampliar a discussão e reflexão sobre o fazer e o sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com CCP nas emergências de hospitais gerais, a partir das percepções dos próprios profissionais, bem como contribuir para a construção de práticas assistenciais mais potencializadas direcionadas a tal população.

Além do mais, o conhecimento acerca desse tema é fundamental para que seja possível aperfeiçoar e aprimorar o cuidado dos enfermeiros emergencistas aos pacientes clínicos com

comorbidades psiquiátricas associadas, assegurando-lhes uma assistência qualificada e humanizada. Para tanto, é importante ressaltar a relevância de investimentos no campo de estudos acerca da saúde mental e psiquiatria, especialmente nos serviços de alta complexidade, sobretudo no que diz respeito à enfermagem.

Nesse contexto, questiona-se: qual é o fazer do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no serviço de emergência de um hospital geral? E qual é o sentimento desse profissional frente ao cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no serviço de emergência de um hospital geral?

2 OBJETIVO

Nesta seção, apresenta-se o objetivo da pesquisa em questão.

Analisar o fazer e o sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Considerando-se a temática do estudo, esta seção descreve o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, bem como o cuidado de enfermagem prestado a ele, além de abordar o fazer do enfermeiro nos serviços de emergência de hospitais gerais.

3.1 O PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

O termo comorbidade se originou pela união do prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação ou companhia, com a palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença em latim. Logo, este termo deve ser empregado ao se tratar da coexistência entre duas ou mais patologias (PETRIBÚ, 2001). Deste modo, entende-se por CCP, a ocorrência conjunta de uma doença orgânica e de um transtorno mental (PAES, 2009).

Estudo norte-americano afirma que indivíduos portadores de transtornos mentais estão mais propensos a apresentar determinadas condições clínicas do que a população em geral. Tendo como exemplo dessas condições o acidente vascular cerebral (AVC), a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença hepática com grande probabilidade de desenvolvimento de hepatite C, problemas de tireóide, anemia, diabetes com complicações, além de dependência de álcool e nicotina (CARNEY; JONES; WOOLSON, 2006).

A pesquisa de Vieira (2014) realizada em um hospital psiquiátrico de referência do estado de São Paulo também observou condições clínicas associadas semelhantes. A presença de comorbidades clínicas esteve presente em 45,3% dos pacientes internados, sendo que dentre as doenças mais prevalentes destacam-se respectivamente: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipotireoidismo, DPOC, epilepsia, sífilis, síndrome metabólica, distúrbio do refluxo gastro-esofágico, hipercolesterolemia, glaucoma, tromboembolismo pulmonar, hepatite C.

Autores ressaltam que dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente associados a patologias clínicas, há uma prevalência de 35% dos transtornos de humor, 20% dos transtornos de ansiedade, 20% dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, 20% de transtornos mentais orgânicos e 5% de outros transtornos (SCHMITT; GOMES, 2005).

A partir disso, é importante considerar que a emergência ou crise psiquiátrica é definida como uma condição em que o indivíduo apresenta alteração do pensamento, sentimentos ou ações, podendo ocorrer em qualquer momento da vida. Envolve risco a ele próprio ou a terceiros, necessitando de intervenções terapêuticas imediatas. Ao adentrar o serviço de saúde, geralmente o paciente já se encontra em situação de crise, podendo manifestar agitação psicomotora; agressividade; perturbação do pensamento, sensopercepção ou orientação; e em casos mais extremos, pode vir a buscar atendimento devido tentativa de suicídio ou quadros psicóticos graves decorrentes do abuso de substâncias psicoativas (BORGES et al., 2012; QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

Com relação ao perfil dos pacientes atendidos em emergências psiquiátricas, um estudo de revisão sistemática constatou que a maioria da clientela assistida era do sexo masculino, com idade média em torno de 37 à 39 anos, com diagnósticos prevalentes de esquizofrenia e transtornos de comportamento devido ao uso de álcool e outras substâncias (LIMA; GUIMARÃES, 2015).

Outro estudo elaborado em hospital geral universitário vai ao encontro dos dados mencionados anteriormente, visto que evidenciou que grande parte dos pacientes atendidos na emergência psiquiátrica eram mulheres. Entretanto, indo de encontro ao estudo anterior, a faixa etária permaneceu entre 25 e 39 anos e o diagnóstico prevalente foi o de transtorno pelo uso de substâncias psicoativas, seguido de transtorno depressivo e transtorno psicótico. Ademais, o principal motivo da busca pelo serviço foi por sintomas depressivos, seguido de agitação psicomotora e mudança comportamental e problemas pelo uso de álcool e outras drogas (PADILHA et al., 2013).

Frente a essas colocações, evidencia-se que a chegada do paciente com transtorno mental nos serviços de emergência de hospitais gerais em decorrência de complicações clínicas não é algo incomum, o que reforça a importância de garantir uma assistência a essas pessoas condizente com suas necessidades de saúde (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015).

3.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

Ao longo de sua trajetória, a enfermagem tem sido associada ao termo cuidar. O cuidado consiste no encontro entre ser cuidado e cuidador considerando valores e elementos que se destacam pelo zelo, conforto, auxílio, compromisso, responsabilidade, respeito, compaixão e solidariedade, promovendo a integridade do indivíduo e mantendo a sua dignidade e singularidade. Para tanto, são necessárias competências técnicas e científicas, entretanto, a autora afirma que o cuidado necessita de um componente afetivo, relacional e comunicacional, de modo que não se configure à apenas um conjunto de técnicas e procedimentos (WALDOW, 2008).

Nessa perspectiva, o cuidado requer dos profissionais da equipe de enfermagem uma visão ampla dos pacientes para a compreensão destes como um todo, considerando seus contextos de vida, suas histórias e suas culturas. Deste modo, pensar que os sujeitos chegam às emergências de HG em sua totalidade e complexidade, nas mais variadas situações, demonstra que eles merecem receber o cuidado no seu sentido mais genuíno, o que se configura como um desafio para a assistência nos serviços de alta complexidade (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2013; PAES, 2009).

Isto posto, Jesus (2012) traz que, possivelmente, a emergência seja um dos espaços da instituição hospitalar em que mais se faz necessário refletir acerca do cuidado humano. Tendo em vista a gravidade dos pacientes admitidos no serviço e a sua exigência por uma ação rápida e eficiente, existe um grande número de protocolos e rotinas que fundamentam e respaldam o processo assistencial dos profissionais. Todavia, a utilização dessas ferramentas não deve e não pode tornar o cuidado "engessado" e dissociado da humanização.

Conforme Borges et al. (2012), os profissionais que atuam nessa modalidade de atenção ainda possuem a tendência de generalizar a crise psiquiátrica, quando ela deveria ser contextualizada, entendida e abordada de acordo com as individualidades de cada paciente. Aliado a isso, autores revelam que o cuidado de enfermagem ao paciente com CCP, principalmente nos hospitais gerais, ainda possui influência do modelo biomédico, o qual segmenta o indivíduo, apresentando um enfoque maior nos aspectos biológicos e um distanciamento das dimensões psicológicas, espirituais e sociais do mesmo, ou seja, colocando em segundo plano a sua subjetividade (SILVEIRA et al., 2011).

É em cenários como os SE de HG, que a enfermagem se consolida como uma profissão extremamente relevante na reconstrução de sentidos das práticas de cuidado (SILVEIRA et al., 2011). Tavares, Cortez e Muniz (2014) corroboram quando afirmam que a enfermagem deve ser

entendida como membro da equipe de saúde do serviço, contribuindo com voz ativa para a construção de práticas transformadoras. Frente a isso, é preciso repensar o cotidiano de trabalho no sentido de não se apegar ao cuidado rígido e reducionista, sendo necessários esforços coletivos para superação desse modelo de atenção voltado para a doença.

Diante disso, autores ressaltam que a atuação da enfermagem, especialmente em psiquiatria, deve fundamentar-se no cuidado integral, humanizado e de forma horizontal. Assim, esse cuidado pressupõe capacidade para a escuta e o diálogo, além de possibilitar a percepção do outro como sujeito com potencialidades. Esse ideal tem a finalidade de garantir o resgate da autonomia e cidadania dos indivíduos portadores de transtornos mentais (DUARTE; OLSCHOWSKY, 2011; SILVEIRA et al., 2011).

Kondo et al. (2011) ressaltam que a abordagem inicial realizada no serviço de emergência ao paciente em crise psiquiátrica é o primeiro passo para cuidá-lo, e essa primeira impressão é capaz de interferir na aceitação dele em relação ao tratamento. Para esse cuidado, algumas premissas devem ser contempladas, como as técnicas de intervenções terapêuticas, e outras práticas devem ser evitadas, como as técnicas restritivas de contenção do comportamento dos pacientes. A partir disso, o profissional assegura uma abordagem mais efetiva e uma assistência de melhor qualidade, transcendendo o cuidado voltado somente para o corpo.

Desvela-se que a equipe de enfermagem deve estar apta para atuar e manejar terapêuticamente as situações de crise psiquiátrica. Sempre que possível, após o momento de crise, o profissional deve realizar a avaliação do estado mental e físico do paciente, adotando uma postura ativa, convincente e de apoio ao próprio paciente e ao seu familiar. É importante ouvir o indivíduo, reforçando que a equipe se preocupa com ele e que todas as condutas tomadas visam a garantia do seu bem-estar (ESTELMHSTS et al., 2008; IKUTA et al., 2013).

A intervenção em emergências psiquiátricas é uma estratégia de terapia breve, focalizada no quadro atual apresentado pelo indivíduo e centrada na busca por solução imediata. Os objetivos iniciais são a segurança e a redução da ansiedade do paciente. Portanto, em uma avaliação inicial da crise é fundamental avaliar os fatores estressantes precipitantes da situação e o potencial risco de suicídio ou homicídio, para que posteriormente seja possível tomar a decisão mais adequada em equipe. Os autores afirmam que segurança, firmeza e assertividade são exigências primordiais para que o enfermeiro possa intervir nas situações de crise (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Seguindo nessa mesma lógica, autores acrescentam que a clínica de enfermagem, principalmente no âmbito da psiquiatria, dispõe de tecnologias de cuidado, que englobam as intervenções terapêuticas. Dentre essas ferramentas destacam-se as seguintes: estabelecer comunicação e relacionamento terapêutico entre profissional e paciente; oferecer apoio, permanecendo ao lado da pessoa e demonstrando sensibilidade; oportunizar escuta ativa, ouvindo reflexivamente e estimulando a verbalização; além de proporcionar ambiente acolhedor e seguro (MENDES; CASTRO, 2005; OLIVEIRA, R. M. P et al., 2016; SILVEIRA et al., 2011; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Esses recursos possibilitam maior aproximação entre paciente e profissional, criação de vínculo e relação de confiança, contribuindo para um cuidado mais eficaz, humano e genuíno (MORAIS et al., 2009).

3.3 O FAZER DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS GERAIS

Os serviços de emergência têm por objetivo diminuir a morbimortalidade e as sequelas incapacitantes dos indivíduos que a ele procuram. Além do mais, os SE são considerados a porta de entrada para o sistema de saúde do País, funcionando 24 horas ininterruptamente, o que os torna uma alternativa de acesso rápido à população. Para tanto, é preciso garantir os elementos essenciais para a resolução dos casos de emergência e manutenção da vida, levando em consideração os aspectos estruturais e organizacionais do serviço, de modo a assegurar uma assistência integral, qualificada e contínua aos pacientes (AZEVEDO et al., 2010; SANCHES; CARVALHO, 2015).

Conforme Tacsí e Vendruscolo (2004), entende-se que para a atuação em um serviço de saúde que atende pacientes críticos, é de fundamental importância que o profissional da equipe de enfermagem desempenhe suas ações e competências em confluência, por meio da prestação de cuidados intensivos, da avaliação permanente, da vigilância e da realização de procedimentos e técnicas que complementam a terapêutica médica. Cabe à equipe de enfermagem dispor de protocolos assistenciais que garantam a continuidade de um trabalho integrado com o restante do pessoal que compõe o SE.

Desvela-se que estes são locais nos quais o trabalho é dinâmico e todos os profissionais devem atuar de modo sincronizado, visto que o atendimento deve acontecer o mais rápido possível. Nesse contexto, o enfermeiro requer o desenvolvimento de determinadas habilidades, dentre as quais a liderança, a supervisão e a capacitação da equipe de enfermagem merecem importante reconhecimento, pois o enfermeiro que as domina é capaz de delegar funções para cada membro da equipe, permitindo que esta atue em sintonia, especialmente durante procedimentos que são concomitantes para a manutenção da vida do paciente em risco (SANTOS; LIMA, 2011; TACSI; VENDRUSCOLO, 2004; WEHBE; GALVÃO, 2005).

O trabalho do enfermeiro nos SE exige conhecimentos, habilidades e atitudes específicos e indispensáveis no cuidado a pacientes com demandas de alta complexidade. Essa atuação requer do profissional aprimoramento científico, manejo tecnológico, destreza técnica, rapidez de raciocínio, agilidade, resolutividade, além de capacidade de estender o suporte aos familiares e de proporcionar interface com os outros setores do hospital e da rede de saúde (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2008; COELHO et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2004). Ademais, Garcia e Fugulin (2010) trazem que o ambiente incerto e imprevisível da emergência implica que os profissionais permaneçam em constante alerta e prontidão.

Autores salientam que o processo de trabalho do enfermeiro envolve a perspectiva de gerenciamento do cuidado, sendo competência do enfermeiro a aplicação do processo de enfermagem, possibilitando a avaliação das condições de saúde dos indivíduos e, desse modo, planejando e direcionando as ações terapêuticas que serão implementadas. Além disso, também é atribuição desse profissional garantir a disponibilidade e utilização adequada de recursos humanos e materiais para atender às demandas do setor, bem como coordenar e liderar a equipe de enfermagem. A condução dessas ações deve buscar a excelência da assistência de enfermagem, por meio de uma prática planejada visando um melhor trabalho frente às situações de emergência (COELHO et al., 2010; SANTOS et al., 2009; SANTOS; LIMA, 2011).

Frente a essas colocações, é essencial mencionar que a equipe de enfermagem representa a maior força de trabalho nos hospitais em termos numéricos (CARVALHO; MORAES, 2013). Em contrapartida, os serviços de emergência de hospitais gerais expõem esses profissionais à jornadas de trabalho intensas e desgastantes, nas quais as condições de trabalho nem sempre são as mais adequadas (SANTOS et al., 2009).

Nesse sentido, como fragilidade para a construção de uma assistência qualificada aos pacientes críticos, ressalta-se que, de maneira geral, a atuação do enfermeiro é prejudicada pela dinâmica estrutural do serviço de emergência, que se apresenta incongruente em relação à demanda. A sobrecarga de trabalho, o pouco apoio por parte dos gestores, a escassez tanto de recursos humanos quanto materiais são aspectos que predispõem um processo de trabalho deficiente. Esse cenário faz emergir a necessidade de reflexões e de ações que promovam mudanças na realidade de trabalho dos SE (BURIOLA et al., 2016).

4 MÉTODO

A seguir expõe-se o caminho metodológico realizado tendo em vista o alcance do objetivo da pesquisa.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com caráter exploratório descritivo. A metodologia de cunho qualitativo foi escolhida por ser aquela que estuda e explora um universo de múltiplos significados e representações, enfatizando os aspectos dinâmicos e individuais dos fenômenos e levando em consideração as relações e construções dos sujeitos nas mais diversas realidades, bem como as suas habilidades de modelar e criar as próprias experiências, de acordo com o contexto daqueles que as vivenciam. Essa abordagem proporciona informações ricas e abrangentes, tendo potencial para compreender e esclarecer os fenômenos sociais em sua complexidade e profundidade, que não podem ser simplesmente reduzidos à variáveis quantitativas (POLIT; BECK, 2011).

As mesmas autoras defendem que as pesquisas exploratórias destinam-se a investigar e desvendar a natureza dos fenômenos, bem como os diversos modos pelos quais se manifestam e seus processos subjacentes, além de outros fatores que possam estar relacionados a eles. Já as pesquisas descritivas são aquelas que têm como finalidade observar, esboçar, classificar e descrever as características, as dimensões, as variações e a importância dos fenômenos, de modo a desenvolver ou esclarecer conceitos e ideias.

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um serviço de emergência” (DUARTE, 2016).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no SE do HCPA, situado no andar térreo do Hospital. O SE é constituído por setores de adulto e pediatria, no entanto, foram incluídas neste estudo apenas as áreas que comportam pacientes adultos, que são: duas salas de Acolhimento e Classificação de

Risco, uma Sala de Observação para pacientes de baixa complexidade (Área Verde), uma Sala de Observação para pacientes com média complexidade que comporta um Box para atendimentos de emergência (Área Laranja), uma Unidade Intermediária e uma Unidade Vascular. Portanto, há cinco setores com um total de 41 leitos destinados ao público adulto. Entretanto, o SE do HCPA apresenta uma média de pacientes em observação e internados que varia de 130 a 150 (HCPA, 2015).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A equipe de enfermagem do Serviço de Enfermagem em Emergência (SEE) que atende o público adulto é constituída por 39 enfermeiros e 104 técnicos de enfermagem (HCPA, 2015). Os enfermeiros estão distribuídos em seis turnos de trabalho: manhã, tarde, noite um, noite dois, noite três e 6º turno (que corresponde aos que trabalham nos finais de semana e feriados). E ainda, em cada turno de trabalho, os profissionais se dividem nos setores do serviço conforme a escala da semana.

Neste estudo, foram incluídos dois enfermeiros de cada turno de trabalho, totalizando 12 profissionais. Os critérios de inclusão utilizados foram: profissionais que estivessem exercendo suas atividades no momento de coleta de dados nas áreas de atendimento de adultos e que tivessem no mínimo seis meses de trabalho no serviço. Foram excluídos aqueles que estavam em licença saúde, férias ou falta ao serviço, além dos enfermeiros responsáveis pelo cuidado aos pacientes pediátricos. Os participantes da pesquisa foram selecionados intencionalmente mediante convite individual, tendo em vista suas posições em locais estratégicos no atendimento de pacientes com CCP, como a classificação de risco e a área laranja.

Enfatiza-se que, na abordagem qualitativa, o pesquisador preocupa-se menos com a representatividade numérica tão preconizada nos estudos quantitativos. Ao contrário disso, existe uma preocupação com o aprofundamento da compreensão do fenômeno estudado, de modo que o número de participantes é determinado de acordo com a qualidade dos dados obtidos, ou seja, deve seguir o princípio da saturação de dados. A partir dessa lógica, no momento em que se esgotam as informações novas e se alcançou uma redundância nas falas, encerra-se a inclusão de demais participantes no estudo (POLIT; BECK, 2011).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados deste estudo foram extraídos do banco de dados do projeto base, cuja coleta de dados foi realizada no período de julho à setembro de 2016 por meio de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas apresentadas no Instrumento de Entrevista (APÊNDICE A). As perguntas fechadas compreendem a caracterização dos sujeitos da pesquisa, contribuindo para a formação do perfil de entrevistados. As perguntas abertas abrangem indagações pertinentes ao tema de pesquisa, que vão delineando a entrevista e proporcionam a posterior categorização dos dados. Neste estudo, serão analisadas apenas as questões um, dois e três do instrumento, sendo elas: "*Como ocorre o cuidado do paciente clínico com comorbidade psiquiátrica no Serviço de Emergência do HCPA?*", "*Fale sobre a sua conduta/função frente a esse cuidado*" e "*Qual é a sua percepção/sentimento durante e depois desse cuidado?*"

As entrevistas foram realizadas por dois alunos de iniciação científica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com experiência nesse tipo de coleta de dados, no turno inverso ao do trabalho do profissional, em uma sala previamente reservada no SE do HCPA. Essas entrevistas foram gravadas em MP3 e posteriormente transcritas na íntegra de forma literal, assegurando a veracidade das informações.

As entrevistas foram identificadas com a letra E de Enfermeiro, seguidas pela primeira letra do turno de trabalho e posteriormente pelo número da entrevista. Por exemplo: EM1 refere-se a primeira entrevista realizada com o enfermeiro da manhã.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

As perguntas fechadas que constam no Instrumento de Entrevista foram tabuadas em uma planilha do Excel e serão apresentadas através de percentuais simples. Já as perguntas abertas foram analisadas a partir da Análise Temática.

A noção de *tema* está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo [...]. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem algo para o objeto analítico visado. Tradicionalmente, a análise temática era feita pela contagem de frequência das unidades de significação, definindo o caráter do discurso. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas

denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p. 315-16).

Operacionalmente, a autora propõe que esta técnica deve desdobrar-se em três etapas (MINAYO, 2014):

a) A *pré-análise* é a primeira etapa, na qual acontece a investigação do material a ser estudado, demandando do pesquisador um contato direto e intenso com as entrevistas, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A retomada das questões norteadoras e do objetivo inicial da pesquisa se faz necessária durante todo o processo.

Nesta etapa, realizou-se uma leitura flutuante e exaustiva das entrevistas em meio virtual, configurando uma maior aproximação do pesquisador com o material. Ao final da primeira etapa, o pesquisador deixa registrado suas impressões iniciais frente ao conteúdo.

b) A segunda etapa, a *exploração do material*, consiste no processo de categorização, ou seja, a busca por categorias, cuja finalidade é a de organizar e estruturar os conteúdos das falas trazidos nas entrevistas. Nesse sentido, busca-se definir as *unidades de significação*, que são expressões, frases ou palavras-chave significativas acerca da temática.

Primeiramente todas as entrevistas foram impressas, e as *unidades de significação* foram sinalizadas ao longo dos textos. Em um segundo momento, os fragmentos filtrados foram organizados em tabelas para melhor visualização por parte do pesquisador, buscando-se associar as *unidades de significação* com as falas dos participantes do estudo que fossem expressivas em relação ao contexto apresentado.

As tabelas foram impressas, analisadas e grifadas manualmente com o objetivo de garantir uma melhor representatividade das *unidades de significação*. Em seguida, o pesquisador classificou e agregou os dados, de modo que as tabelas foram agrupadas entre si, compondo um único material, o qual foi impresso novamente e reorganizado, reestruturando-se as categorias. Por fim, após releitura e interpretação do material, o pesquisador determinou as categorias e subcategorias responsáveis pela especificação dos temas.

c) A terceira etapa é a de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*, na qual os resultados que representam a caracterização do perfil dos entrevistados são submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens). Já os resultados obtidos a partir das perguntas abertas são interpretados e discutidos, buscando-se embasamentos na literatura atual para sua

melhor compreensão e análise, voltando-se para as características essenciais do fenômeno estudado.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto maior, ao qual este trabalho está vinculado, considerou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) em relação à submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob parecer nº 1.600.517 (ANEXO A). Este recorte do estudo foi encaminhado à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS e aprovado quanto ao mérito, tendo como protocolo o nº 32626 (ANEXO B).

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE [ANEXO C]) em duas vias, sendo que uma delas ficou com o entrevistado e a outra com o pesquisador.

Ademais, foi solicitada a autorização da pesquisadora responsável pelo projeto base para o uso dos dados previamente coletados por meio de uma Carta de Autorização do Uso de Dados (ANEXO D), com o intuito de assegurar os direitos e deveres relacionados aos sujeitos da pesquisa e à comunidade científica.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se, a seguir, os resultados encontrados no presente estudo, considerando as percepções dos profissionais entrevistados, e a discussão das informações obtidas, a partir de literatura pertinente e atualizada sobre o tema. É importante ressaltar que os resultados se entrelaçam e se complementam, tendo em vista que o fazer estimula o sentir, e o sentir influencia o fazer.

No que se refere à caracterização dos sujeitos da pesquisa, apresenta-se no Quadro 1 o perfil dos enfermeiros entrevistados.

QUADRO 1 – PERFIL DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS

<i>Código</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Tempo de formação em enfermagem</i>	<i>Treinamento em saúde mental</i>	<i>Tempo de trabalho no serviço</i>	<i>Trabalha em outro local</i>	<i>C.H. semanal</i>
<i>EM1</i>	36	F	12 anos	Não	5 anos	Não	36h
<i>EM2</i>	31	M	6 anos	Não	5 anos	Não	36h
<i>ET1</i>	38	F	15,5 anos	Não	5 anos	Não	36h
<i>ET2</i>	34	F	10 anos	Não	2 anos	Não	36h
<i>EN1</i>	41	F	22 anos	Sim	10 anos	Não	36h
<i>EN2</i>	50	F	21 anos	Não	14 anos	Não	36h
<i>EN3</i>	52	F	30,5 anos	Não	8,5 anos	Não	36h
<i>EN4</i>	44	M	20 anos	Não	17 anos	Não	30h
<i>EN5</i>	32	F	6 anos	Não	5 anos	Não	30h
<i>EN6</i>	47	F	23 anos	Não	18 anos	Não	30h
<i>ES1</i>	39	F	11 anos	Não	1 ano	Sim	72h
<i>ES2</i>	31	F	6 anos	Não	2 anos	Não	24h

Fonte: SCHIAVI, 2017.

O Quadro 1 demonstra que os enfermeiros participantes desta pesquisa são em sua maioria mulheres (83,33%), na faixa etária de 30 a 40 anos de idade (58,33%). Outras pesquisas realizadas com enfermeiros que atuam em emergências hospitalares demonstram dados similares ao presente estudo, ao constatar que os profissionais são em sua maioria mulheres, com idade que varia entre 30 a 40 anos (ARAUJO et al., 2014; ELIAS, 2012). Esses resultados enfatizam a influência dos aspectos históricos da enfermagem nos cenários atuais, que se configura como uma profissão marcada pela presença predominante da figura feminina.

Em relação ao tempo de formação em enfermagem, nota-se que o mesmo varia igualmente entre os entrevistados: quatro se formaram há menos de 10 anos, quatro têm entre 11

e 20 anos de formação e outros quatro estão formados pela faculdade há mais de 20 anos. Esse dado se apresenta diversificado entre demais estudos, sendo que Araujo et al. (2014) trazem que a maioria dos enfermeiros se formou entre seis e 10 anos, já Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) informam mais de cinco anos de formação, Pereira et al. (2013) citam 10 anos ou menos de formação na área e Furtado e Araújo Júnior (2010) ainda trazem em sua pesquisa que boa parte dos profissionais tinham entre 11 e 20 anos de formados.

Quando questionados em relação ao tempo de trabalho no serviço de emergência estudado, os participantes, em sua maioria (58,33%), responderam que trabalham no local há mais de um ano e menos de seis anos, o que coincide com os dados de quatro outros estudos, nos quais constatou-se que grande parte dos enfermeiros trabalhavam nos SE avaliados há menos de cinco anos (ARAUJO et al., 2014; DANTAS et al., 2015; OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015; PEREIRA et al., 2013).

Esse período de tempo de trabalho é considerado curto quando comparamos a emergência com os demais setores de uma instituição hospitalar, fato que pode ser justificado pela alta rotatividade dos profissionais desse local, especialmente no que tange a equipe de enfermagem. Os resultados da presente pesquisa também evidenciam que uma parcela considerável dos enfermeiros atuantes no SE possui pouca experiência de trabalho na área, considerando o tempo em que esses profissionais estão formados e as demais possibilidades do mercado.

A carga horária (CH) semanal total mais prevalente entre os enfermeiros deste estudo é de 36 horas (58,33%), sendo que apenas um (8,33%) entrevistado apresenta uma CH superior as 36 horas, e este é o único que trabalha em outra instituição hospitalar. Esses dados vão de encontro ao que outras pesquisas apresentam em seus resultados, constatando que grande parte dos enfermeiros possui outro vínculo empregatício além do SE estudado (ELIAS, 2012; OLIVEIRA; MAZZAIA; MARCOLAN, 2015; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010). Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) ainda ressaltam que desses profissionais, a maioria realiza jornada de trabalho superior a 60 horas semanais.

Quanto a especializações ou capacitações na área da saúde mental e psiquiatria, apenas um (8,33%) enfermeiro informou possuir treinamento formal para lidar com o paciente psiquiátrico. Outras pesquisas realizadas com enfermeiros que atuam em emergências hospitalares evidenciam que todos ou grande parte deles possui algum tipo de pós-graduação, sendo que as áreas mencionadas entre os estudos foram: urgência e/ou emergência, terapia

intensiva, médico-cirúrgico, cardiologia, oncologia (DANTAS et al., 2015; SAKAI et al., 2016; PEREIRA et al., 2013; ELIAS, 2012).

Nota-se que a procura por aprimoramento em saúde mental ainda é escassa entre os enfermeiros que exercem seu trabalho em emergências. Assim, considera-se que esses profissionais têm preferência por especializar-se em outras áreas de conhecimento, mais diretamente relacionadas com as principais demandas dos SE de hospitais gerais.

A partir da análise dos dados obtidos neste estudo emergiram duas categorias temáticas: O fazer do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica e O sentir do enfermeiro no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica. Sendo que, na primeira categoria temática surgiram duas subcategorias: Cuidados diretos e Cuidados indiretos, e na segunda categoria temática surgiu uma única subcategoria intitulada Sentimentos. Cabe ressaltar ainda que cada subcategoria é representada pelas suas respectivas unidades de significação, que fundamentam e dão sentido às falas dos enfermeiros entrevistados neste estudo, conforme consta no Quadro 2.

QUADRO 2 – SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO

<i>CATEGORIAS TEMÁTICAS</i>	<i>SUBCATEORIGAS</i>	<i>UNIDADES DESIGNIFICAÇÃO</i>
<i>O FAZER DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA</i>	<i>CUIDADOS DIRETOS</i>	Atendimento da Crise Psiquiátrica
		Realização de Manejo Verbal, Contenção Mecânica e Contenção Química
		Avaliação dos Riscos para o Paciente e Garantia de sua Proteção
		Promoção de Ambiente Mais Seguro e Menos Perturbador
	<i>CUIDADOS INDIRETOS</i>	Gerenciamento de Todo o Atendimento do Paciente
		Solicitação de Permanência de Acompanhante ou Familiar
		Acionamento de Consultoria da Psiquiatria
		Realização de Encaminhamentos para Serviços de Referência
<i>O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA</i>	<i>SENTIMENTOS</i>	Impotência Perante o Caso
		Angústia pela Falta de Estrutura e Recursos Humanos
		Medo das Reações do Paciente
		Descaso e Indiferença em Relação ao Paciente Psiquiátrico
		Despreparo para Prestar o Atendimento
		Satisfação em Relação ao Atendimento Prestado

Fonte: SCHIAVI, 2017.

5.1 O FAZER DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

A presente categoria aborda as percepções dos enfermeiros entrevistados acerca dos cuidados prestados ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no serviço de emergência do hospital estudado, que desdobram-se em cuidados diretos e cuidados indiretos.

O processo de trabalho do enfermeiro envolve o conceito de *gerência do cuidado*, que caracteriza-se por ações relacionadas ao cuidado direto e indireto aos pacientes, com caráter expressivo e instrumental, estabelecendo uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar. Essa aliança possibilita a integração e interface entre essas duas esferas da prática profissional da enfermagem, configurando-se em um processo dinâmico, situacional e sistêmico (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

5.1.1 Cuidados Diretos

Uma das subcategorias que emergiram em relação ao fazer do enfermeiro aos pacientes com CCP no SE foram os cuidados diretos prestados por esses profissionais, de modo que destacam-se as seguintes unidades de significação: Atendimento da crise psiquiátrica; Realização de manejo verbal, contenção mecânica e contenção química; Avaliação dos riscos para o paciente e garantia de sua proteção e Promoção de ambiente mais seguro e menos perturbador, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

O cuidado direto configura-se como uma das dimensões da gerência do cuidado de enfermagem, e compreende as ações assistenciais diretas para com o paciente, atendendo as suas necessidades de saúde e garantindo um cuidado integral e sistematizado aos mesmos (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012; SANTOS et al., 2013; SANTOS; LIMA, 2011; TORRES et al., 2011).

5.1.1.1 Atendimento da Crise Psiquiátrica

De acordo com o relato dos enfermeiros entrevistados neste estudo, foi possível constatar que, apesar das demandas serem em sua maioria clínicas, o SE estudado também recebe pacientes com queixas relacionadas à sua saúde mental. Assim, o atendimento da crise psiquiátrica foi revelado como um fazer do enfermeiro no cuidado ao paciente com CCP que chega na emergência.

A gente é uma emergência clínica e pode ocorrer de chegar para a gente esses pacientes em surto, e a gente tem que dar um primeiro atendimento para eles [...], na urgência, na forma do surto, porque o surto acaba sendo uma urgência [...]. Só que depois de ser atendido e estabilizado, ele tem que ter um destino (EM2).

Se ele está em surto, se é uma emergência, ele é atendido aqui e depois sim se procede o resto dos tramites [...], a gente não encaminha para lugar nenhum antes de ser atendido aqui (ES1).

[...] na realidade a gente vai pelo fator que ele está vindo, pela queixa dele, não se leva tanto em consideração as comorbidades dependendo da queixa. A gente faz um resuminho da historinha para o médico ter ciência do que o paciente tem ou não [...], mas tu não leva muito em consideração isso, tu vai mais pela queixa, pelo que o paciente ou familiar refere, a queixa clínica (ET2).

Quando acontecem essas situações, o enfermeiro, em conjunto com a equipe do serviço, realiza um primeiro atendimento da crise, buscando o manejo da exacerbação dos sintomas apresentados. Os entrevistados ressaltam ainda que o atendimento desse paciente não pode mais ser negado, o que é determinado pelo protocolo recentemente instituído no SE.

Na conjuntura atual de ampliação da rede de serviços para a assistência ao paciente com transtorno mental, destacam-se os hospitais gerais, que por serem locais de maior nível de complexidade, também acabam recebendo demandas psiquiátricas (SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011). Nessa lógica, em geral, o primeiro atendimento à crise psiquiátrica é feito na emergência hospitalar, promovendo o manejo dos sintomas psíquicos agudizados (BORGES et al., 2012). Assim, a assistência psiquiátrica não está mais restrita aos hospitais psiquiátricos, possibilitando um modo de lidar com esse paciente de forma menos estigmatizada (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2013).

Sousa, Silva e Oliveira (2010) corroboram com essa perspectiva ao afirmarem que não é incomum receber esse paciente nos SE, ainda mais por serem locais que dispõem de uma gama de especialidades e recursos diagnósticos imprescindíveis para a detecção de distúrbios orgânicos que possam estar associados ao transtorno psiquiátrico. Aliado a esse fato, os autores trazem que outro aspecto fundamental das emergências de hospitais gerais que merece destaque é o fato de

elas evitarem o isolamento do paciente no âmbito da psiquiatria, oportunizando a integração dessa área à saúde em geral.

Contudo, não basta exigir o atendimento desse paciente no hospital geral, é preciso fortalecer o potencial dessa modalidade de atenção no acolhimento e atendimento das demandas de saúde mental, sendo uma ação fundamental para se alcançar resultados mais efetivos na assistência do momento de crise psiquiátrica (DIMENSTEIN et al., 2012; PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015). Nesse sentido, para que os SE de HG desenvolvam seu papel em meio a essa rede de serviços que se complementam para a assistência ao paciente psiquiátrico, devem compor suas ações de saúde pautadas na integralidade e humanização, em vista que ambos são imprescindíveis para o fortalecimento das novas características que o hospital geral vem assumindo (PAES, M. R et al., 2013).

No entanto, os entrevistados reconhecem que, ainda que essa assistência aconteça no SE, os enfermeiros centralizam seus cuidados na queixa clínica do paciente, deixando de lado as sintomatologias psiquiátricas, por não serem entendidas pelos profissionais como de urgência. Essa ênfase biológica do cuidado de enfermagem prestado acontece tendo em vista aspectos como o pouco tempo que os enfermeiros dispõem para dar conta de todas as demandas do turno de trabalho, a sua formação, que excepcionalmente é voltada para a saúde mental, e também em função das particularidades do SE, que é marcado pela superlotação e sobrecarga de trabalho.

A sustentação da concepção biomédica de cuidar faz com que os profissionais dos serviços de emergência tenham como foco do seu trabalho o reestabelecimento dos pacientes graves, em estado crítico, com risco de morte, e apresente uma tendência em deixar em segundo plano os casos considerados como de menor relevância, como a crise psiquiátrica. No entanto, é importante reconhecer que o paciente com CCP requer uma maior atenção, escuta e disponibilidade por parte do profissional, necessitando de um cuidado humanizado que compreenda toda a sua totalidade (BORGES et al., 2012).

5.1.1.2 Realização de Manejo Verbal, Contenção Mecânica e Contenção Química

Outros três fazeres verbalizados pelos entrevistados referem-se à realização do manejo verbal, bem como da contenção mecânica e química no serviço de emergência estudado. Os enfermeiros discorrem quanto a preocupação em realizar o manejo verbal, em um primeiro

momento, durante o atendimento do paciente em crise psiquiátrica no SE. As medidas seguintes a essa abordagem inicial são tomadas de acordo com o comportamento do paciente e com os sinais e sintomas que surgirem ao longo da sua permanência na emergência.

A gente tenta um manejo verbal,num primeiro momento. Um manejo verbal, conversando, tentando tranquilizar o paciente, tranquilizar a família, situar onde ele se encontra, que a gente está aqui para ajudar ele. [...] se o paciente estiver muito agitado ou agressivo, com risco para si ou para os outros a gente pede essa avaliação médica com contenção química e mecânica (ES2).

Primeiro, conversar [...], porque às vezes, tu conversando, ele já fica mais tranquilo e ele só quer mesmo é alguém para escutar o que tem para dizer [...] (ET2).

[...] a conduta do enfermeiro é sempre começar [...] tentar manejo verbal e se não der certo, contenção mecânica e química. (EN2).

[...] o que a gente faz, normalmente, se o paciente está confuso, a gente já contém [...], analisa a prescrição médica para ver se já tem algum medicamento[...], alguma coisa que vá acalmar [...], e já administra [...] (EM1).

[...] é definida a melhor conduta, se tem que medicar, se tem que conter para própria segurança dele e muitas vezes da equipe também [...] (EM2).

Os enfermeiros trazem em suas falas que o seu primeiro fazer no momento de agudização dos sintomas psiquiátricos é a tentativa de manejo verbal, estabelecendo-se um diálogo com o paciente por meio de uma abordagem calma e pacífica. Referem a importância de situá-lo quanto ao local em que se encontra, de saber ouvi-lo e de tranquilizar tanto o paciente quanto a família, verbalizando interesse em apoiá-lo, reforçando a premissa de que a equipe se preocupa com o paciente.

Dentre as estratégias de manejo da crise psiquiátrica que devem ser tentadas anteriormente às medidas restritivas, encontra-se a abordagem verbal, norteadas por técnicas de comunicação e relacionamento terapêuticos. Ela inicia com a observação e avaliação do comportamento do paciente, seguida de um primeiro contato e aproximação, de modo que as impressões do profissional nesse momento vão definir o tipo de diálogo a ser estabelecido e as condutas necessárias (KONDO et al., 2011).

Autores corroboram com os achados deste estudo ao salientar que o manejo verbal é uma ferramenta mais humanizada, na qual o profissional transmite a intenção de ajudar, procura informar o paciente sobre onde ele está e o que está ocorrendo, a fim de situá-lo e tranquilizá-lo. Enfatizam que a comunicação deve ser estabelecida, pois é um instrumento importante para o cuidado de enfermagem, sendo mediadora de uma relação empática, de confiança e de vínculo entre profissional e paciente, de modo que quanto surte efeito positivo, pode evitar procedimentos

restritivos. E para ser efetiva, citam que é fundamental ter paciência, transmitir calma e ouvir reflexivamente (CASTRO, 2013; SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011; PAES, 2009)

O estudo de Del-Ben et al. (2017) apresenta diretrizes utilizadas no manejo do paciente agitado ou potencialmente violento em emergências, nas quais consta que os profissionais devem iniciar a abordagem por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais sempre que possível. Ao se comunicar com o paciente em situação de crise, o profissional deve manter a fala pausada, mas firme, realizando perguntas claras e objetivas, e sobretudo, não ameaçando ou confrontando o paciente. Além do mais, o profissional deve impor limites de maneira acolhedora e flexível, estimular o paciente a expressar seus sentimentos e reforçar a sua capacidade de autocontrole, assegurando que pretende ajudá-lo a controlar a situação.

Embora seja recomendada por diversos autores, essa técnica ainda é pouco utilizada e valorizada pelos profissionais, pela dificuldade em executá-la, especialmente ao paciente psiquiátrico. Fato que é justificado pela maior ênfase da assistência nas contenções mecânica e medicamentosa. Enfermeiros mencionam em seus relatos que o manejo verbal é a primeira tentativa de abordagem ao paciente, mas em geral, não é suficiente no momento de crise, então acabam fazendo uso de outros recursos que estão ao seu alcance, como a medicação e as faixas de contenção (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

Os entrevistados reafirmam essa perspectiva ao referirem que caso a abordagem verbal não seja suficiente ou o paciente esteja resistente e não colaborativo ao ser manejado verbalmente ou se encontre em situação de risco, capaz de comprometer a sua integridade física ou a de terceiros, os profissionais recorrem a medidas de contenção mecânica e química. No entanto, entendem que, muitas vezes o que o paciente requer é uma escuta e atenção do profissional, mas que nem sempre é possível promover essa assistência mais individualizada devido a grande demanda de atividades no SE.

Também aparece durante as entrevistas com os enfermeiros que as contenções mecânica e química são consideradas medidas norteadoras dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes com CCP no SE estudado, e usualmente utilizadas em caráter complementar e coexistente. As contenções são frequentemente adotadas com o intuito de controlar, acalmar, imobilizar e sedar o paciente agitado ou agressivo no momento de crise. Nesse sentido, passam a ser adotadas objetivando a proteção e segurança do paciente, minimizando potenciais riscos.

As contenções mecânica e química são evidenciadas como as práticas mais comumente utilizadas para o manejo de pacientes agitados e agressivos, consideradas procedimentos de rotina nas emergências gerais, quando, na verdade, deveriam ser adotadas como um último recurso para a manutenção da crise, depois de esgotadas as tentativas de acalmar os pacientes verbalmente (FERNANDES, 2014; KONDO et al., 2011; MANTOVANI et al., 2010). Sobretudo, devem ser aplicadas com finalidade terapêutica, como medidas de tratamento e que tragam benefício ao paciente, no sentido de evitar-se a banalização dessas práticas (CASTRO, 2013).

KONDO et al. (2011) reforçam que essas abordagens são determinadas aos pacientes que estejam representando uma ameaça grave para si ou terceiros, portanto, são consideradas medidas de controle e proteção do paciente em situação de emergência psiquiátrica e dos demais que o cercam. Paes, Maftum e Mantovani (2010) ainda acrescentam que a contenção química, ou seja, o uso de medicações sedativas, é um recurso muito utilizado para manter o paciente calmo, sedado e em segurança em uma emergência hospitalar.

Os enfermeiros entrevistados atentam para o respaldo da prescrição médica e de enfermagem ao empregar as contenções, tendo em vista que essas medidas implicam em cuidados básicos, a fim de proporcionar um suporte ao paciente e preservá-lo de possíveis complicações. Dentre os cuidados estabelecidos, estão envolvidas a supervisão periódica e sistemática das faixas de contenção e das medicações, bem como a garantia de medidas de conforto e cuidados com alimentação, higiene, respiração, entre outros.

[...] a gente tem que cuidar muito pacientes que tem risco de agressão, tanto a terceiros quanto a própria agressão. Então, pacientes que precisam de alguma contenção que a gente tenha que usar, a gente acaba utilizando com um respaldo da prescrição médica ou de enfermagem [...] (EN5).

[...], ele é avaliado, ele é contido mecanicamente e também com medicações. É a forma que a gente tem [...] e a enfermagem faz uma supervisão, das contenções, medicações [...]. Eles são sedados e tu tem que ter o suporte maior, tu tem que ficar gerenciando muito mais isso, ver quais são as necessidades, alimentação, higiene [...] (EN1).

Quanto ao respaldo das prescrições, enfermeiros salientam que a assistência de enfermagem a esses pacientes acaba se resumindo às ações que constam nas prescrições, especialmente no que se refere ao tratamento medicamentoso (CARVALHO, 2014; PAES et al., 2010). Por outro lado, as prescrições também fortalecem e munem os enfermeiros para a realização dos seus cuidados e intervenções no que tange as técnicas de contenção.

A contenção mecânica é uma medida que, se não aplicada com critérios e cuidados bem definidos e seguros, ao invés de proporcionar proteção ao paciente, pode desencadear

complicações clínicas graves. Cabe salientar que esses danos podem ser evitados se houver uma preocupação dos profissionais em realizar a técnica adequada, proporcionar o máximo de conforto ao paciente, além de cumprir critérios básicos, como indicação individualizada (MANTOVANI et al 2010; PAES MAFTUM MANTOVANI 2010).

Nesse sentido, em relação aos cuidados de enfermagem ao paciente contido, ressalta-se que o mesmo deve ser mantido em uma posição confortável, e os profissionais devem providenciar a observação e monitoramento contínuo do mesmo durante o tempo em que estiver contido, avaliando-se o nível de consciência, sinais vitais e condições de pele e circulação nos membros contidos, a fim de prevenir possíveis complicações ou identificá-las precocemente. Devem ser observadas as condições de hidratação, higiene e necessidade de reposição calórica e de eletrólitos. Um maior rigor no monitoramento deve ser realizado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com alguma questão clínica associada (BRASIL, 2012b; DEL-BEN et al., 2017).

Enfatiza-se que a contenção mecânica deve ser mantida pelo menor tempo possível, não devendo ser prolongada além do período estritamente necessário. Devem ser utilizadas faixas devidamente ajustadas, evitando-se o garroteamento dos membros. Recomenda-se que seja executada por uma equipe treinada, composta preferencialmente por no mínimo cinco pessoas, e é imprescindível orientar constantemente o paciente quanto aos passos envolvidos no procedimento e a justificativa para estar sendo realizado. Ademais, é proibido o uso dessa medida com caráter punitivo ou por conveniência do serviço de saúde ou da equipe, sendo que deve ser empregada em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições (BERNIK; GOUVÊA; LOPES, 2010; BRASIL, 2012b; DEL-BEN et al., 2017).

Frente ao uso das contenções mecânicas e químicas em pacientes psiquiátricos nos SE de HG, os enfermeiros entrevistados verbalizam que nem sempre essas abordagens estão de acordo com os documentos institucionais que regem os procedimentos. Assim, nesse contexto, surge o grande desafio para a equipe de realizar os parâmetros de avaliação clínica e psiquiátrica dos pacientes, pois os mesmos frequentemente encontram-se contidos mecânica e quimicamente e apresentam-se medicados, sonolentos ou inconscientes, o que dificulta demais intervenções, quando necessário.

Todo mundo acha que é medicar, literalmente derrubar o paciente, à base de medicação ou propriamente com a contenção, e é a primeira coisa que todos querem fazer. Nunca vi ninguém que não tenha ido para esse lado primeiro [...]. Toda vez que entra em surto, ou às vezes nem é propriamente o surto, mas que ele fica um pouco mais agitado do que o normal [...], o pessoal se apavora e já quer sair contendo, quer muita medicação [...] (ET2).

[...] muitas vezes eles acabam sendo contidos e muitas vezes tendo que ser medicados ou sedados, né? E pra gente fazer uma avaliação clínica na emergência [...] é meio complicado [...]. O paciente psiquiátrico, pra eu avaliar ele, ele não pode estar sedado, e aqui na emergência a gente acaba tendo que sedar (EM2).

As técnicas de contenção são realizadas de formas diferentes entre os serviços de saúde, sendo por vezes adotadas sem critérios pré-estabelecidos, possivelmente devido ao fato de que os profissionais possuem visões e práticas diversas em função da falta de informação e reflexão sobre o tema. Apesar das recomendações legais sobre como proceder em situações nas quais se justifica a utilização de contenção mecânica, as mesmas parecem não estarem incorporadas no cotidiano das instituições (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010; SOUZA, 2014). Nota-se que não existe uma padronização quanto à maneira de empregar a técnica, assim, os fatos se desenrolam e as condutas vão sendo tomadas pela equipe durante o procedimento (KONDO et al., 2011).

Os enfermeiros participantes da pesquisa de Paes (2009) reconhecem que nem todo o paciente psiquiátrico necessita permanecer contido, pelo fato de que a contenção por si só pode agravar o seu estado mental, exacerbando os sintomas de agitação ou agressividade apresentados. Afirmam ainda que na emergência em que atuam, a contenção mecânica é realizada indevidamente, empregada em grande parte dos pacientes internados com questões psiquiátricas descompensadas. Inclusive houve referência da utilização da técnica como forma de revidar à agressividade do paciente, de modo que os profissionais se prevalecem do seu poder e força (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010).

As falas dos entrevistados nesse estudo, bem como a literatura atual demonstram que o comportamento e as manifestações do paciente em situação de crise psiquiátrica se tornam obstáculos para a realização de avaliações fundamentais, como por exemplo, a verificação dos sinais vitais (LOPES, 2016). Mantovani et al. (2010) acrescentam que a sedação excessiva configura-se como um efeito colateral indesejável ao paciente, o que acaba interferindo não somente na avaliação inicial do paciente, como também na observação da evolução do seu quadro clínico e psiquiátrico, e ainda no estabelecimento de uma aliança terapêutica entre profissional e paciente.

Para Freitas, Oliveira e Cabanas (2008), a padronização das técnicas de contenção é fundamental para determinar e normatizar estratégias adequadas, qualificadas e seguras no emprego desse procedimento terapêutico, e também para esclarecer à equipe seu papel na

intervenção ao paciente em crise. Cientes das imprevisibilidades que possam acompanhar o manejo da crise psiquiátrica, os autores entendem que as recomendações previstas nas diretrizes ou planos que irão reger as medidas de contenção mecânica e química nos serviços devem buscar uma mudança no padrão de atuação dos profissionais adotado atualmente, visando a melhoria contínua da assistência ao paciente com CCP.

5.1.1.3 Avaliação dos Riscos Para o Paciente e Garantia de Sua Proteção

A partir da análise das falas dos entrevistados, foi possível identificar que os pacientes que apresentam CCP estão mais sujeitos a manifestar determinados riscos, mesmo que tenham buscado o SE por algum sintoma clínico. Sendo que, os mais evidenciados foram o risco de quedas, de auto ou heteroagressão, de suicídio e de fuga.

Os enfermeiros apontam também os riscos que esses pacientes apresentam em função das circunstâncias às quais são submetidos, como o risco de depressão respiratória ou de aspiração como consequência das contenções e o risco de descompensação e desorganização do seu equilíbrio físico e/ou mental.

Dentre os fazeres dos enfermeiros para garantir a proteção dos pacientes com CCP cabíveis ao SE estudado, os entrevistados mencionam a avaliação e monitorização dos riscos e das alterações de cunho psiquiátrico, a sinalização para a equipe e a priorização do atendimento do paciente psiquiátrico.

[...] o paciente quando está confuso, porque normalmente esses pacientes acabam ficando em função do período de internação [...] e também por causa do ambiente [...] é um paciente que requer muito tempo do lado dele [...] ficar de olho (EM1).

A gente tem um protocolo que a gente tria esse paciente como laranja, daí a gente encaminha ele ali pro box ali da sala da laranja [...]. A gente sempre sinaliza na passagem de plantão, porque esse paciente tem mais riscos, a gente tem que ficar mais de olho [...], sinalizar pra equipe ter mais cuidado [...], observar e monitorar [...], solicitar que a família permaneça junto [...], observar se o paciente não vai aspirar se ele está contido ou sedado (ET1).

[...] a gente atua mais para preservar esse paciente [...] solicita avaliação, tenta fazer com que a família acompanhe, comunica a equipe, tenta organizar para que não aconteça nenhuma intercorrência [...], dar maior suporte [...], solicitar um isolamento para o paciente, para preservar ele, para não tumultuar (EN3).

[...], a gente sempre tem esse tipo de cuidado para não haver queda, agressão a si mesmo ou a terceiros ou a algum profissional [...], cuidado com o paciente que está sonolento porque ele está sedado [...], ele estava contido, porque não está contido agora? [...]. São várias consequências que a gente tem que prevenir para não acontecer (EN5).

Quanto à avaliação e monitorização dos riscos e das alterações de cunho psiquiátrico, os enfermeiros salientam esse fazer como fundamental frente ao cuidado desse paciente no SE, e que deve ser redobrado quando o mesmo encontra-se contido fisicamente. Isso porque o ambiente da emergência é um local que interfere na saúde mental das pessoas, especialmente daquelas com predisposição para a crise psiquiátrica, e também em função do longo período de internação no serviço, que acaba deixando os pacientes confusos, desorientados e agitados, necessitando de intervenções imediatas. Ademais, os entrevistados enfatizam a importância de solicitar a permanência de acompanhante com o paciente, para auxiliar nessa observação, a fim de evitar maiores intercorrências.

Autores referem uma preocupação em oferecer proteção aos pacientes para evitar demais agravos, e trazem que os cuidados de segurança realizados para os pacientes com CCP são voltados para sua integridade física. Discorrem acerca da importância da observação contínua e intensiva ofertada pela equipe, a fim de perceber as reações do paciente, o funcionamento dele e possíveis situações de risco, o que reforça essa ação de vigilância (MANTOVANI et al., 2010; PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Nesse contexto, a família pode contribuir para a prevenção dos riscos quando próximos ao paciente, portanto, os profissionais devem orientar os familiares quanto a formas de controle e zelo da segurança do seu familiar (OLIVEIRA, C. T et al., 2016)

Os entrevistados verbalizam em seus relatos que um dos fazeres relacionados a essa perspectiva de suporte e proteção do paciente, é a sinalização para a equipe de que o mesmo apresenta algum sintoma ou histórico psiquiátrico, com o intuito de garantir um cuidado maior às questões de saúde mental desse indivíduo. Essa sinalização ocorre principalmente durante a passagem de plantão entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, de modo a orientar o profissional a direcionar seu olhar para o paciente.

Em meio ao número excessivo de pacientes, com uma diversidade de sinais e sintomas, e ao ritmo acelerado e dinâmico que compreende o SE de HG, nota-se uma dificuldade de comunicação entre os profissionais. Frente a isso, estabelecer um momento para sinalizar os fatos ocorridos durante o período de trabalho e retomar o estado atual do paciente possibilita não somente a melhor interação e comunicação entre a equipe, como também contribui para a organização do serviço e o direcionamento das ações da equipe de enfermagem. Esse momento é a passagem de plantão, uma atividade de rotina indispensável ao processo de trabalho, a qual

permite planejar as intervenções de enfermagem, proporcionando a continuidade na prestação dos cuidados aos pacientes (BARRETO et al., 2015; FERNANDES, 2014)

Duarte e Olschowsky (2011) reforçam que a passagem de plantão surge como a primeira atividade realizada pelos enfermeiros ao iniciarem seu turno de trabalho, e é um momento em que toda a equipe deve estar atenta e concentrada, devendo considerar a subjetividade e a particularidade das ações de cada paciente, objetivando atender as necessidades de saúde específicas de cada um.

Desse modo, entende-se que a passagem de plantão é um meio de comunicação verbal e/ou escrita entre as equipes em que há a transmissão de informações relevantes para a continuidade do cuidado, facilitando o planejamento e organização de processos da enfermagem. Sendo que, a qualidade da comunicação proporciona uma assistência mais segura ao paciente, assim, sinalizar a equipe quanto ao paciente psiquiátrico é um fazer de extrema importância do enfermeiro em um SE, para que o mesmo receba o suporte e proteção cabíveis.

Outro fazer do enfermeiro no sentido de proteger o paciente psiquiátrico, que emergiu das entrevistas realizadas foi a priorização do atendimento no momento do acolhimento e classificação de risco do SE, que acarreta em uma série de medidas a serem tomadas. A prioridade do atendimento desse perfil de paciente é reconhecida pelos enfermeiros como uma estratégia guiada pelo Protocolo de Assistência ao Paciente Psiquiátrico instituído no SE em questão.

O Acolhimento e Classificação de Risco (ACR) é uma ferramenta de manejo clínico, em que o paciente é acolhido pelo enfermeiro por meio de escuta qualificada e avaliação de sinais vitais e de alerta apresentados, considerando o seu nível de sofrimento físico e psíquico. O enfermeiro realiza a tomada de decisão quanto à prioridade de atendimento formulada em um julgamento crítico e fundamentada em um protocolo de classificação previamente estabelecido pelo serviço. Essa decisão é expressa por meio de uma cor que classifica a prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções (MARQUES, 2014; NASCIMENTO et al., 2011).

O estabelecimento das cores está relacionado ao Sistema de Triagem de Manchester (STM), que possui cinco categorias, sendo que a cada uma é atribuída uma cor, o nível de prioridade e o tempo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico: vermelho (emergente – imediato); laranja (muito urgente – 10 minutos); amarelo (urgente – 60 minutos); verde (pouco

urgente – 120 minutos) e azul (não urgente – 240 minutos). Cabe ressaltar que nas situações difíceis de classificar, deve sempre prevalecer a categoria maior de classificação. Existem algumas situações especiais em que a prioridade clínica cede espaço para outras prioridades, como as de cunho psiquiátrico, ao se deparar com o paciente desorientado, agressivo ou agitado, por exemplo (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; PEREIRA, 2014).

No caso do SE estudado, o protocolo estabelece que os pacientes com sintomas psiquiátricos sejam classificados como laranja, conforme o STM, o que determina o atendimento “muito urgente” do caso, Esse achado vai de encontro ao que demonstra o estudo de Guez (2015) desenvolvido em um SE de HG, no qual foram estabelecidas as quinze queixas mais frequentes referidas pelos pacientes, dentre as quais encontram-se sintomas de descompensação de origem psiquiátrica, na forma de surto psiquiátrico, bem como a desorientação e confusão mental. Sendo classificados, em sua maioria, com a cor amarela, de acordo com o STM.

Conforme estabelecido no protocolo do SE em questão, em geral, os pacientes são encaminhados para uma sala privativa, referida pelos entrevistados como “box” da área laranja, na qual permanecem em observação pela equipe, na tentativa de preservá-los ao máximo. Autores salientam que os serviços de emergência devem dispor de salas ou leitos de observação, de curta ou longa permanência, destinados a pacientes que necessitem de estabilização dos sinais e sintomas, especialmente aos pacientes psiquiátricos, que necessitam de ambiente reservado e privativo, porém não isolado (KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016; MARQUES, 2014).

De acordo com os achados na literatura, um quantitativo significativo de serviços não possui um protocolo ou fluxograma que direcionaria os profissionais quanto ao atendimento do paciente que esteja apresentando sintomatologia de cunho psiquiátrico. Esses estudos salientam que a falta de uma abordagem padrão dificulta a assistência e manejo desses pacientes, e ocasiona um cuidado frágil e sem consenso (CASTRO, 2013; FERNANDES et al., 2016; OLIVEIRA, C. T et al., 2016; SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011). Assim, a conduta tomada pelos enfermeiros, muitas vezes, depende de conversas informais entre a equipe e de orientações médicas a partir da avaliação de caso a caso (OLIVEIRA, C. T et al., 2016).

Cabe enfatizar que os serviços com ACR elaborem e adotem protocolos para lidar com as situações específicas que surgirem, como o atendimento do paciente psiquiátrico. Esses protocolos devem ser estabelecidos com um treinamento adequado e com o fluxo de procedimentos e encaminhamentos bem definido e previamente ajustado com outros serviços de

saúde da rede. E ainda, devem estabelecer todas as etapas dos atendimentos, especificando o papel de cada profissional para a resolução dos problemas (COUTINHO; CECÍLIO; MOTA, 2012; KAWAKAMI; PRATES; TENG, 2016). Guez (2015) corrobora quando afirma que é importante que as equipes discutam e problematizem acerca dos protocolos institucionais.

Portanto, a frente do SE estão os enfermeiros com a responsabilidade de realizar o ACR, priorizando os casos com maior potencial de gravidade. Nesse sentido, o paciente psiquiátrico recebe prioridade, sendo considerado pelos entrevistados como um atendimento mais exclusivo e especial, na tentativa de preservá-lo, não o expondo a riscos e não deixando o ambiente tumultuado do SE influenciar no seu estado de saúde. Assim, para organizar os fluxos internos no SE e obter-se uma padronização da tomada de decisão do enfermeiro, foi delineado e implantado o protocolo de atendimento desse perfil de paciente, como um instrumento norteador para o ACR, ofertando uma maior resolutividade da assistência ao paciente com CCP.

5.1.1.4 Promoção de Ambiente Mais Seguro e Menos Perturbador

O cuidado de promover um ambiente mais seguro e o menos perturbador possível para o paciente, é uma estratégia fundamental em um serviço de alta complexidade, como a emergência de hospital geral, e foi pontuado como um outro fazer dos enfermeiros nessa modalidade de atenção.

[...] algumas pessoas preferem deixar esse paciente mais isolado, para ele não se agitar tanto [...], eu, particularmente, não gosto, embora talvez o paciente se sinta mais tranquilo. Eu gosto de deixar ele mais perto da equipe de enfermagem, onde a gente possa estar visualizando ele diretamente (ES2).

Eu procuro deixar esses pacientes mais próximos do posto de enfermagem ou ali perto da farmácia, para a gente ficar um pouco mais atento. Eu acho que eles deveriam ficar mais próximos da gente (ES1).

A gente tenta isolar, levar para um lugar mais tranquilo [...] (EN1).

[...] a gente prioriza muito é tentar ver local, porque às vezes [...] se tu conseguir tirar o paciente ali do meio, tem familiar, tudo adequado, coloca no corredor e já melhora, fica um pouco longe do barulho, diminui luz. Então a gente vai tentando adequar o que a gente acha que seja o melhor (EN2).

Conforme as falas dos entrevistados, nota-se que não há um padrão nas intervenções tomadas em relação ao ambiente no qual o paciente com CCP permanecerá durante sua internação no SE. Há alguns enfermeiros que preferem deixar o paciente em um local mais

próximo da equipe, e há outros cuja preferência está em colocá-lo em um espaço longe do tumulto da emergência, para que ele não se agite tanto.

Quanto à acomodação desse perfil de paciente, Dimenstein et al. (2012) sugerem evitar o isolamento do paciente em locais que possam ser distantes da visão dos profissionais, preconizando a sua proximidade em relação à equipe. Já Lopes (2016) afirma que o paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica demanda um ambiente reservado, tranquilo, com poucos estímulos e isolado.

Sabe-se que há diversos fatores que tornam o ambiente da emergência inapropriado, destacando-se a intensa correria, muitos barulhos e ruídos, o grande quantitativo de pessoas circulando, além de ser um local fechado, no qual o paciente acaba ficando sem noção do tempo. Sendo assim, proporcionar um ambiente com pouco ou nenhum estímulo externo, menos pessoas circulando e com a presença de algum familiar ou profissional de referência do paciente, são estratégias que auxiliam a amenizar os sintomas de crise, diminuem a chance do paciente piorar e colaboram para a manutenção do bom estado geral deste.

Segundo Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), um ambiente terapêutico engloba não somente a estrutura física utilizada, mas também as pessoas que nele interagem e as condições de ventilação, luminosidade, ruído, temperatura e disposição do mobiliário. O ambiente deve proporcionar as melhores condições possíveis, dentro de cada realidade, tentando manter a segurança, o conforto, a privacidade e a liberdade do paciente e demais envolvidos. Além do mais, o ambiente deve ser acolhedor e aconchegante, e objetos e pertences que mantêm a individualidade do paciente devem ser preservados.

O enfermeiro deve promover um ambiente de harmonia e neutralização mental e física, construindo um espaço acolhedor (ELIAS, 2012). Deve levar em consideração os riscos aos quais o paciente está submetido, mantendo-o longe de objetos, aparelhos, móveis ou medicamentos que possam, eventualmente, ser utilizados como armas, na garantia da sua proteção e dos demais. Além do mais, cabe ao enfermeiro orientar o paciente periodicamente quanto ao tempo e espaço, fornecendo dados da realidade e tranquilizando-o a respeito do contexto no qual se encontra. Nesse sentido, o enfermeiro deve utilizar todos os recursos terapêuticos que estiverem ao seu alcance, com o intuito de amenizar o sofrimento do paciente que está sob os seus cuidados (MANTOVANI et al., 2010; MUNIZ et al., 2014).

Os SE de HG são considerados espaços desfavoráveis para a assistência a qualquer paciente (LOPES, 2016). Ao contrário do contexto desses serviços, o ambiente em que ocorre o cuidado do paciente psiquiátrico deve representar um espaço terapêutico no qual o mesmo se sinta acolhido. Assim, se justifica a preocupação em relacionar à qualidade do cuidado com a adequação do ambiente, frente a maneira inadequada e precária que tem se realizado o fazer do enfermeiro ao paciente com CCP em emergência (PAES, 2009).

A reestruturação e adequação da estrutura física dos serviços de emergência às necessidades do paciente psiquiátrico é um fato a ser destacado, especialmente se estas continuarem sendo a principal porta de entrada desses pacientes à rede de saúde, além da garantia de condições ambientais favoráveis, que não interfiram na evolução clínica dos pacientes internados (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012). Almeja-se o alcance de estratégias para modificações e adequação na estrutura física dos SE, proporcionando um ambiente o mais terapêutico e seguro possível, em busca de uma assistência de qualidade a esses pacientes.

5.1.2 Cuidados Indiretos

Outra subcategoria que emergiu neste estudo no que diz respeito ao fazer do enfermeiro frente ao paciente com CCP foram os cuidados indiretos realizados por esses profissionais no SE em questão. Nesta subcategoria surgiram as seguintes unidades de significação: Gerenciamento de todo o atendimento do paciente; Solicitação de permanência de acompanhante ou familiar; Acionamento de consultoria da psiquiatria e Realização de encaminhamentos para serviços de referência, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

O cuidado indireto constitui-se como uma das dimensões da gerência do cuidado de enfermagem, e envolve as ações gerenciais, bem como a organização do processo de trabalho e dos recursos necessários para a assistência, por meio de ações compartilhadas com a equipe, família e rede de apoio (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012; SANTOS et al., 2013; SANTOS; LIMA, 2011; TORRES et al., 2011).

Ainda assim, Christovam, Porto e Oliveira (2012) trazem que, apesar de voltado para o planejamento e implementação do cuidado direto, o cuidado indireto parece ser pouco compreendido pelos enfermeiros como uma dimensão complementar ao processo de cuidar. Em

meio a essa compreensão, cabe ressaltar que essas dimensões não acontecem de forma fragmentada e desarticulada, e a superação dessa dicotomia entre o cuidar e o gerenciar pode ocorrer a partir de uma mudança nos saberes e fazeres acerca do processo de trabalho da enfermagem, de modo que seja ofertado um cuidado sistematizado, articulado e qualificado ao paciente.

5.1.2.1 Gerenciamento de Todo o Atendimento do Paciente

A partir das análises das entrevistas constatou-se como um fazer do enfermeiro o gerenciamento dos cuidados prestados frente ao atendimento do paciente com CCP em serviços de emergências de hospitais gerais. Os enfermeiros entendem que mesmo quando compartilham ou transferem a execução das ações aos demais membros da equipe, especialmente aos técnicos de enfermagem, ainda são os responsáveis por avaliar e gerenciar o atendimento ofertado, atentando para a disponibilidade dos recursos e para o cenário tumultuado do SE.

Eu acho que na verdade a enfermeira comanda todo esse atendimento, que dá o primeiro start, do que a gente vai fazer, de qual maneira [...] (EM1).

Gerenciar o atendimento e prestar o atendimento de enfermagem dentro do que foi pedido [...]. Ou muitas vezes fazer procedimentos de enfermagem mesmo, ou tu punccionar uma veia, ou medicar o paciente [...](EM2).

É avaliar todo o atendimento, todo o cuidado que é prestado a ele [...] (EN1).

Eu acho que na verdade é um cuidado geral, tanto de enfermeira quanto de técnico [...], a enfermeira acho que mais faz isso, em sinalizar para o técnico [...] a gente tem que ter uma visão meio que prevendo algumas coisas. (EN5).

O processo de trabalho do enfermeiro envolve questões gerenciais, dentre as quais destacam-se a ênfase em atividades burocráticas, o gerenciamento de leitos, a liderança e supervisão da equipe, a solução de problemas e conflitos, a administração do tempo frente às demandas do serviço, dentre outras ações. É evidente que, a assistência ao paciente é o foco do gerenciamento, nesse sentido, é importante a existência de um equilíbrio entre o cuidado direto e o indireto prestado pelo enfermeiro, de modo que o planejamento do cuidado e o processo de enfermagem em si se tornem ferramentas do gerenciar (BARRETO et al., 2015; MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Cabe ao enfermeiro o exercício de gerenciamento dos serviços de saúde, não sendo diferente em um SE, o que, aliás, se torna um enorme desafio, em função do número de pessoal,

das demandas de caráter urgente, e da tomada de decisão, que deve ser ágil e eficiente frente às situações apresentadas pelos pacientes. Assim, Zambiasi e Costa (2013) trazem que os enfermeiros devem ter aptidão para diagnosticar as situações complexas que envolvem os SE e selecionar estratégias apropriadas, envolvendo o uso sensato dos recursos e a coordenação das atividades, viabilizando um processo de cuidado de acordo com as peculiaridades do serviço.

Esses autores também afirmam que todos esses aspectos da gestão propiciam a aproximação entre os profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, otimizando o atendimento do paciente no SE (ZAMBIAZI; COSTA, 2013). O estudo de Brusamolin, Montezeli e Peres (2010), realizado em uma emergência hospitalar, permitiu evidenciar que mesmo em um local onde podem acontecer intercorrências a qualquer instante, é possível realizar um planejamento das ações a serem desenvolvidas e com isso atender a demanda diária de cuidados, as situações emergenciais, administrar os conflitos gerados na equipe e realizar os trabalhos burocráticos exigidos, sem deixar pendências.

Barreto et al. (2015) salientam que compete ao enfermeiro a liderança, coordenação e supervisão da equipe de enfermagem. Os autores reforçam que esse trabalho é possível desde que haja uma visão adequada do que deve ser feito por cada membro da equipe, mediante o norteamento das ações e a responsabilização em relação a elas. É por meio dessas competências que o enfermeiro exerce seu papel enquanto gerenciador da realização dos cuidados prestados pelos técnicos de enfermagem, considerando a multiplicidade das atividades desenvolvidas por eles (SANTOS; LIMA, 2011). Frente a isso, Manzoet al. (2012) trazem que o líder da equipe, o enfermeiro, deve prover condições favoráveis para que a assistência aconteça de forma segura, consciente e com qualidade.

Portanto, faz-se necessário reforçar a necessidade de não dissociar a função gerencial da assistência propriamente dita, já que a primeira constitui quesito essencial para o planejamento e execução da segunda (BARRETO et al., 2015). Nesse sentido, o enfermeiro, ao realizar o seu fazer ao paciente com CCP, não deve deixar que o contexto do SE reflita negativamente no seu trabalho e o limite a um cuidado com enfoque técnico e baseado em procedimentos. Ao contrário, esses profissionais devem permitir uma articulação entre as suas competências assistenciais e gerenciais no serviço.

5.1.2.2 Solicitação de Permanência de Acompanhante ou Familiar

Outro fazer apreendido nas falas dos enfermeiros entrevistados, com o propósito de garantir a segurança e o melhor acolhimento dos pacientes com questões psiquiátricas no SE, foi a solicitação de permanência de algum acompanhante ou familiar, em tempo integral, juntamente com o paciente durante o período de internação no serviço.

A gente solicita que um familiar fique acompanhando esse paciente o tempo todo, as 24h durante a internação dele (ES2).

[...] solicitar que a família permaneça junto aos secretários ou ao serviço social. Nem sempre eles ficam... [...] porque eles já têm um histórico familiar complicado, então é difícil permanecer, principalmente porque a gente não dá condições para que a família permaneça ali dentro, com uma maca colada na outra [...], não tem nem uma cadeira para sentar. (ET1).

[...] aqui é complicado a gente manter um paciente psiquiátrico com risco [...] sozinho, né? E ter alguém que fique cuidando meio que exclusivamente dele, isso a gente não consegue ter, então a gente tenta insistir que permaneça sempre algum familiar junto (EM2).

O indicativo da necessidade de um acompanhante junto ao paciente com CCP no SE aponta para o reconhecimento da importância da família na corresponsabilização do cuidado, tanto no sentido de contribuir no processo diagnóstico e estruturação do tratamento por meio do fornecimento de informações acerca do contexto de vida e da doença do paciente, quanto na participação e acompanhamento das decisões terapêuticas (DIMENSTEIN et al., 2012). Corroborando com essa perspectiva, há a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que garante a visita e o direito ao acompanhante no ambiente hospitalar.

Cabe aos enfermeiros, via de regra, decidir quanto à entrada e permanência do acompanhante no SE. Conforme evidenciado na literatura, alguns enfermeiros percebem a presença da família no acompanhamento e manejo do paciente psiquiátrico como favorável quando auxiliam frente às necessidades do paciente e quando o mantem tranquilo em situações em que isso se faz preciso, reconhecendo essa presença como importante para a recuperação do paciente (LOPES, 2016; SANTOS; LIMA, 2011).

Apesar de entenderem como uma ferramenta positiva e que agrega no cuidado ao paciente com CCP no SE, os enfermeiros entrevistados referem que nem sempre os familiares ou acompanhantes se fazem presente no serviço, devido às demandas das próprias famílias. No estudo de Bessa e Waidman (2013), os familiares referem que, permanecer enquanto acompanhante em um serviço de saúde requer recursos financeiros, pois precisam manter-se em

relação ao transporte e alimentação, além de que essa permanência também acaba prejudicando o seu emprego, pois é preciso dividir-se entre os dois espaços.

Os autores identificaram em sua pesquisa as necessidades das famílias que convivem com a pessoa com transtorno mental, revelando que elas passam por mudanças na rotina domiciliar, muitas vezes tendo que abster-se de suas atividades e trabalho, há alterações no sono, prejuízos nas condições financeiras, além de sobrecarga física e psicológica (BESSA; WAIDMAN, 2013). Isto posto, é essencial sensibilizar os enfermeiros e demais profissionais quanto ao apoio, instrumentalização e inclusão da família, pois a interação e comunicação com a equipe podem amenizar a dor, o estresse e o sofrimento dos familiares (SANTOS; LIMA, 2011).

Os entrevistados citam outro fator desfavorável em relação a essa articulação entre serviço e família, e que dificulta com que o familiar se faça mais presente, é o fato de que o próprio SE, mesmo solicitando a permanência do acompanhante, não proporciona condições mínimas para que ele permaneça. As acomodações e a superlotação do serviço inviabilizam até mesmo a disponibilidade de cadeiras ou poltronas para que essas pessoas descansem.

Os SE de HG enfrentam a falta de pessoal e de estrutura adequada para prover condições de segurança e privacidade para os pacientes e familiares, o que compromete o estabelecimento de espaços para acomodação dos acompanhantes (DIMENSTEIN et al., 2012). Sendo assim, torna-se difícil a família se assumir como participante no processo de cuidado, já que o seu envolvimento torna-se limitado por essas questões. A superação desse problema perpassa a implementação de estratégias pelos SE e de novas posturas dos enfermeiros para o acolhimento dos familiares dos pacientes e de suas demandas. Assim, a família passaria a assumir a condição de protagonista no cuidado do seu familiar (BESSA; WAIDMAN, 2013; SANTOS; LIMA, 2011).

5.1.2.3 Acionamento de Consultoria da Psiquiatria

Os entrevistados afirmam que o acionamento de consultoria da enfermagem psiquiátrica é um fazer seu que, nos locais em que há essa possibilidade de articulação, se constitui como um recurso que contribui para uma melhor avaliação e cuidado do paciente psiquiátrico em situação de crise.

[...] o que dá pra gente fazer, e eu já fiz, é a gente pedir avaliação da enfermagem psiquiátrica, mas eu acho que isso a gente usa bem pouco. Eu já usei, mas a gente usa bem pouco essas consultorias da enfermagem psiquiátrica (EM1).

[...] o próprio clínico já pede um acompanhamento psiquiátrico [...]. Já aconteceu de a gente pedir para a psiquiatria [...], eles atendem bem, eles são bem ágeis, vem na hora, bem resolutivos (ES2).

Ele é considerado um paciente clínico, e se ele tem alguma alteração psiquiátrica, alguma coisa relacionada a parte de saúde mental dele, é solicitada uma consultoria para a especialidade pra ver isso (EM2).

A consultoria psiquiátrica refere-se à atuação de um especialista em psiquiatria em uma unidade ou serviço geral, atendendo à solicitação de outro serviço ou especialidade. Assim, a consultoria permite que o consultor, seja médico seja enfermeiro, juntamente com o profissional e/ou equipe solicitante, realizem avaliações e formulem intervenções efetivas, qualificadas e imediatas, sendo a ação executada pela equipe responsável pelos cuidados do paciente (BOTEGA, 2012; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Segundo os entrevistados, a busca por essa ferramenta é pouco utilizada, mas quando ocorre, os enfermeiros a percebem como ágil, pertinente e resolutiva. Os enfermeiros trazem que, os médicos clínicos do serviço de emergência também solicitam a consultoria da especialidade médica psiquiátrica para um melhor acompanhamento do caso. Achados da literatura demonstram que há uma maior representatividade da assistência médica na modalidade de consultoria psiquiátrica, enquanto que a consultoria de enfermagem psiquiátrica ainda é pouco realizada e desconhecida por grande dos profissionais (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

A equipe de enfermagem se destaca em identificar sinais e sintomas psiquiátricos, entretanto, ainda tem dificuldade em ofertar uma resposta terapêutica positiva e satisfatória a essa demanda, necessitando ser instrumentalizada e apoiada no que se refere ao manejo desse paciente, especialmente quando em crise (PEREIRA; THOMAS, 2017; SILVA; OLIVEIRA; IDE, 2011). Nesse sentido, a consultoria de enfermagem psiquiátrica se apresenta como uma alternativa para atender a necessidade de qualificação do atendimento prestado ao paciente com CCP em HG, ampliando o acesso à informação e treinamento dos profissionais para situações relacionadas à saúde mental.

O enfermeiro consultor fornece orientações e sugere cuidados a serem implementados frente à determinada situação e contexto da unidade, e sistematicamente, avalia as respostas do paciente perante a intervenção prescrita, redirecionando o mesmo sempre que necessário. Portanto, proporcionar um suporte para as equipes de enfermagem, capacitando-as e aprimorando

a sua assistência aos pacientes, além de propiciar a interação entre os profissionais envolvidos, são premissas da consultoria de enfermagem psiquiátrica. Representando, assim, um avanço na busca pela integralidade do cuidado ao paciente psiquiátrico em HG, sendo recomendável que a enfermagem explore mais esse campo de prática (PEREIRA; THOMAS, 2017; SILVA; OLIVEIRA, 2010; VALENÇA et al., 2010).

5.1.2.4 Realização de Encaminhamentos Para Serviços de Referência

Outro fazer realizado pelos entrevistados é o encaminhamento aos serviços de referência em decorrência da conduta tomada durante o acolhimento. Ou seja, no momento em que o paciente chega na sala de triagem do SE, o enfermeiro investiga se a causa para a crise psiquiátrica tem alguma relação com questões orgânicas que o mesmo possa estar apresentando.

Caso seja descartada a possibilidade de causa orgânica, o enfermeiro recorre ao encaminhamento para o serviço especializado da rede de saúde do município de Porto Alegre que atende as situações psiquiátricas agudas. Quando o paciente é admitido na emergência, e posteriormente desenvolve uma crise psíquica, no momento da alta do SE, o enfermeiro também busca o referenciamento para os locais de assistência da rede, na atenção primária ou secundária.

Sempre se descarta alguma questão clínica que possa estar causando esse distúrbio, esse surto. Mas se for especificamente pela questão psiquiátrica dele, daí ele vai ser encaminhado para o serviço especializado [...] (EM4).

O paciente quando chega na triagem [...] e está em surto ou buscando alguma ajuda em relação a saúde mental dele, a gente faz o encaminhamento. E quando ele entra e depois ele tem um surto [...] depois é feito esse link [...] (EN1).

[...] o médico avalia esse paciente, e se for excluída a causa orgânica, se encaminha para um serviço de referência [...]. Isso sendo um destino normal assim, né? Mas [...], o que a gente observa é que esse paciente acaba ficando aqui na emergência [...], se exclui a causa orgânica, daí o paciente é psiquiátrico [...] e acaba ficando aí alguns dias (ET1).

Nos SE de HG preconiza-se a rotatividade dos pacientes, para que seja possível atender a grande demanda que necessita dos recursos de um serviço de alta complexidade. Assim, o paciente pode permanecer em observação na emergência por um período que deve variar de 24 a 72 horas, e que deve prosseguir para a internação ou alta hospitalar (DIMENSTEIN et al, 2012).

Nesse sentido, o enfermeiro, que em geral, é o profissional responsável pelo acolhimento e triagem nos SE, deve prestar um atendimento com responsabilização e resolutividade e, quando

necessário, orientar o paciente para a continuidade da assistência em outros locais da rede de saúde. Logo, esse processo requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos (BRASIL, 2009).

No entanto, os enfermeiros entrevistados expressam dificuldade em encaminhar o paciente psiquiátrico para a rede de saúde do município, ocasionando um maior tempo de internação no SE. Paes (2009) e Elias (2012) também perceberam em seus estudos que, devido aos obstáculos existentes no encaminhamento desse perfil de paciente para outras unidades ou serviços, eles acabam permanecendo além do período previsto na emergência sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Evidencia-se que a relação do hospital geral com os demais serviços que compõe a rede de atenção ao paciente psiquiátrico é pequena ou quase inexistente. Contudo, percebe-se uma tentativa de aproximação com os serviços especializados em saúde mental, efetivada por meio dos encaminhamentos realizados após a internação hospitalar. Esse sistema de referenciamento se torna de extrema importância para a qualidade da assistência desse paciente, pois permite o acompanhamento mais resolutivo e uma continuidade no seu atendimento (PAES, L. G et al., 2013). Assim, é fundamental que o enfermeiro saiba os fluxos de encaminhamentos disponíveis na rede, para que exerça esse fazer corretamente, seguindo-se as premissas do serviço, de acordo com a oferta e demanda disponíveis, e sobretudo, não deixando os pacientes desassistidos.

Ademais, autores acrescentam que uma rede bem articulada, com organização do fluxo de pacientes entre os serviços e encaminhamentos resolutivos com a garantia de continuidade de cuidados, necessita da integração e pactuação de todos os níveis de atenção, incluindo a primária, secundária e terciária. Só assim será possível o atendimento em um espaço que conte com os recursos necessários para o cuidado daquele paciente frente aos sinais e sintomas apresentados, podendo alguns serviços absorver as demandas excessivas de outros, desafogando os SE, por exemplo, que estão constantemente superlotados (DIMENSTEIN et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2011).

5.2 O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA

A presente categoria aborda os sentimentos expressos pelos enfermeiros entrevistados em relação ao cuidado prestado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no serviço de emergência do hospital estudado.

5.2.1 Sentimentos

Nesta subcategoria emergiram as seguintes unidades de significação: Impotência perante o caso; Angústia pela falta de estrutura e recursos humanos; Medo das reações do paciente; Descaso e indiferença em relação ao paciente; Despreparo para prestar o atendimento e Satisfação em relação ao atendimento prestado, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

O cuidado de enfermagem exige que se considerem os diferentes afetos e sentimentos que perpassam o cenário terapêutico, de modo que trabalhar com o paciente psiquiátrico necessita de sensibilidade e, muitas vezes, de uma mudança no modo de cuidar, o que não é tão fácil quanto pode parecer (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015; WAIDMAN; ELSESEN, 2005).

Cabe salientar que os sentimentos dos profissionais em relação a esse perfil de paciente, muitas vezes, são contraditórios e ambíguos, podendo estar atribuídos a uma impressão positiva ou negativa, dependendo do conteúdo ao qual se relaciona. Assim, as expressões afetivas aparecem associadas umas às outras, representando uma aproximação ou um distanciamento dos profissionais em relação ao paciente, além de indicarem disponibilidade ou indisponibilidade interna para prestar assistência a ele (PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015; WAIDMAN; ELSESEN, 2005).

5.2.1.1 Impotência Perante o Caso

Os enfermeiros entrevistados neste estudo se sentem impotentes perante os casos de pacientes com sinais e sintomas psiquiátricos no SE, devido a falta de autonomia que esses profissionais enfrentam e também pela impossibilidade de interferir na questão dos leitos. Esse cenário deixa os enfermeiros aflitos, sentindo-se como se não houvesse outras alternativas para o cuidado.

Me sinto amarrada, sem ter o que fazer. Porque a gente não tem autonomia sobre os leitos [...], mas o que a gente vê é isso, que é um paciente que precisa internar (EM1).

[...] é um sentimento de talvez não ter conseguido fazer e dar o atendimento que esse paciente deveria receber [...], um sentimento meio que de impotência. Até aqui vai o nosso atendimento de enfermagem, mais do que isso a gente não pode fazer. A gente não interfere na questão de leitos [...] então fica bem complicado, a gente fica meio que de mãos atadas assim... Fazer a prescrição, basicamente (EM2).

[...] As vezes é um pouco de impotência de a gente não conseguir dar o melhor e o que esses pacientes mereciam, de ter um cuidado mais de perto, de não precisar ter uma sedação ou uma contenção [...] (EN5).

Os enfermeiros percebem que, por vezes, seu atendimento ao paciente com CCP se resume à prescrição de enfermagem. O grande número de pacientes internados faz com que o enfermeiro não consiga proporcionar uma maior atenção para esse perfil de paciente, sentindo-se como se não tivesse conseguido prestar a devida assistência a ele.

Segundo Carvalho (2014), o atendimento emergencial é centralizado na figura do médico e o estilo de intervenção é tecnicista. Os enfermeiros que participaram de sua pesquisa referiam-se ao cumprimento de prescrições quando questionados acerca da sua conduta frente a crise psiquiátrica no serviço avaliado. Aliado a isso, Oliveira, R. M. P et al. (2016) e Paes, Maftum e Mantovani (2010) revelam que o cuidado prestado nos SE de HG tem foco generalista, proporcionando maior ênfase ao conforto, higiene, alimentação, segurança e vigilância do paciente.

Outro achado na literatura que corrobora com os resultados encontrados nesse estudo é que o número insuficiente de leitos em relação à procura por atendimento compromete e limita o controle dos enfermeiros sobre o ambiente do SE. No entanto, os autores enfatizam que a resolução desse problema vai além da competência da enfermagem, pois está relacionado à infraestrutura hospitalar e às próprias características organizacionais da rede de saúde (SANTOS et al., 2017).

Isto posto, é evidente que o atendimento desse perfil de paciente mantém forte relação com o uso de dispositivos mecânicos e de medicações sedativas para o controle de comportamentos percebidos pelos profissionais como inadequados para o contexto do SE. Assim, quando se pensa em paciente psiquiátrico, conseqüentemente se pensa em contenção mecânica e química (BORGES et al., 2012; SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

Outros estudos também trouxeram a impotência associada ao paciente que está apresentando sintomatologia psiquiátrica, e esse sentimento se intensifica quando o profissional tem pouco tempo de formação ou curta trajetória no atendimento a esse perfil de paciente. Nas falas dos profissionais também se evidencia uma sensação de estar de mãos amarradas, por não

conseguir conduzir o caso, como se não conseguisse fazer todo o possível diante da situação (CARVALHO, 2014; NOBRE, 2012; OLIVEIRA, C. T et al., 2016).

Prado, Sá e Miranda (2015) ainda ressaltam que os sentimentos comumente manifestados pelos profissionais que lidam com o paciente psiquiátrico estão relacionados ao imaginário produzido em torno do fenômeno da loucura. O doente mental é visto como imprevisível e desperta a impotência do profissional quando o mesmo percebe que está diante do desconhecido, de algo que foge do controle. Esse sentimento é produzido pela impossibilidade de fornecer uma resposta imediata ao paciente em situação de crise, que faz com que o trabalhador precise enfrentar as limitações próprias e as impostas pelo serviço.

5.2.1.2 Angústia Pela Falta de Estrutura e Recursos Humanos

O sentimento de angústia por não conseguir prestar o atendimento idealizado ao paciente com CCP surge quando os enfermeiros mencionam que isso está atribuído às condições inadequadas do serviço de emergência, especialmente em relação aos riscos que esses pacientes correm durante a sua internação, permanecendo por vezes sozinhos, próximos das portas de entrada e saída, cercados de materiais com potencial para danos. E além de tudo isso, não há pessoal suficiente para observar o paciente quanto ao risco de quedas, de fuga, de auto e heteroagressão.

O paciente fica "desassistido" e a gente fica angustiado porque não consegue dar a proteção adequada, em primeiro lugar, né? [...] e a implicação é na enfermagem, porque é um cuidado nosso de proteger esse paciente [...]. Eu me sinto bastante angustiada, eu acho que não é o atendimento adequado que a gente presta, a gente não tem condições, pelo número de funcionários [...], pelo risco que esse paciente tem ali dentro, porque nós somos responsáveis pelo cuidado dele, e eu vejo ele em risco o tempo inteiro [...] porque a gente não tem um controle sobre todas as áreas (ET1).

[...] a gente sabe que tem que fazer alguma coisa, mas é um sentimento [...] de que talvez tivesse alguma outra coisa para fazer, mas o ambiente já não é propício pra aquilo, as pessoas também não são muito propícias [...], dá um pouco de angústia, não é uma sensação muito agradável (ET2).

Destaca-se a angústia como um dos sentimentos mais mencionados nos estudos relacionados à assistência ofertada ao paciente psiquiátrico em situação de emergência (ELIAS, 2012; IKUTA et al., 2013; OLIVEIRA, C. T et al., 2016; PRADO; SÁ; MIRANDA, 2015). Sakai et al. (2016) salientam que enfermeiros atuantes em um SE expressam sentimentos de angústia, frustração, estresse e cansaço associados ao processo de trabalho intenso da

emergência, da superlotação da unidade e também por sentirem que não correspondem às expectativas dos pacientes.

A literatura aponta a carência de estrutura física adequada e de recursos humanos como duas das principais dificuldades enfrentadas no atendimento do paciente psiquiátrico em hospitais gerais. O ambiente hospitalar não se configura como um local seguro para evitar os riscos aos quais os pacientes estão submetidos, sendo, na realidade, um espaço perigoso e desfavorável. Essas limitações quanto ao suporte estrutural e escassez de profissionais acaba interferindo no cuidado prestado a esse perfil de paciente (FERNANDES et al., 2016; FERNANDES; SILVA; IBIAPINA, 2015; NOBRE, 2012; SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2012).

Os entrevistados comentam que o paciente fica desassistido e o enfermeiro angustiado, pois se ele está internado na instituição, ele é responsabilidade da equipe, e em especial, do enfermeiro, tendo em vista que proteger e observar o paciente com sintomas de crise psiquiátrica é um cuidado extremamente importante, e sobretudo, por ser o profissional que coordena, gerencia e organiza todo o processo de trabalho dessa equipe.

Borges et al. (2012) também percebem que a equipe de enfermagem fica angustiada e incomodada com o atendimento prestado ao paciente psiquiátrico no SE estudado. E esse contexto, aliado à estigmatização desses pacientes se justifica pela falta de tempo, sobrecarga de atividades e espaço físico insuficiente apresentado no serviço, visto que o ambiente restrito leva os pacientes a ficarem muito próximos uns dos outros, e isso dificulta um cuidado mais singularizado. Dessa forma, exige dos enfermeiros a habilidade de deslocar pacientes e de propor uma assistência mais humanizada, e essa função parece desgastar continuamente os profissionais.

Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015) referem em seu estudo que dentre os fatores relacionados às condições de trabalho no SE que interferem no estado emocional dos enfermeiros estão a sobrecarga de trabalho, o desgaste, a escassez de condições adequadas para o trabalho, a equipe despreparada e rotativa e a falta de autonomia do enfermeiro. Menzani e Bianchi (2009) acrescentam que para os enfermeiros participantes da pesquisa, as condições de trabalho mais estressantes são o nível de barulho do SE e o ambiente físico da unidade.

Evidencia-se, portanto, que o ambiente inadequado e a carência de recursos humanos que o serviço de emergência enfrenta são condições que provocam um sentimento de angústia nos enfermeiros. Esses profissionais deixam claro que visualizam os pacientes psiquiátricos em

situações de risco grande parte do período em que estão internados, mas não conseguem ter um controle sobre todas as áreas e pessoas do SE.

5.2.1.3 Medo das Reações do Paciente

Os enfermeiros expressam em suas falas o medo do paciente com agitação psicomotora ou com comportamento agressivo, ou ainda que esteja apresentando um potencial risco de agressão, que pode vir a machucar alguém da equipe ou até mesmo outro paciente. Por vezes, as ameaças também aparecem nas falas dos pacientes agressivos, o que assusta os profissionais.

[...] me assusta um pouco [...] quando ele está muito agressivo. Claro que a gente tem medo que o paciente acabe machucando alguém da equipe, o que já aconteceu. Às vezes o paciente em surto bateu, agrediu algum funcionário (ES2).

[...] ele se torna um paciente-problema, digamos assim, porque despende muito tempo com a equipe [...], principalmente o paciente agitado, que a gente sabe como é difícil o cuidado com esse paciente [...]. A equipe fica exposta, muitas vezes são agredidas [...] tem o risco físico e mental também para toda equipe [...] (EN1).

Alguns pacientes me deixam um pouquinho com medo, com receio de qual vai ser a reação deles, principalmente quando o paciente é agressivo... Quando o paciente é depressivo, até um paciente com esquizofrenia a gente consegue contornar, brincar, elucidar, mas um paciente com agressividade eu acho que isso causa um temor (EN3).

Quando o paciente chega, e ele já tem uma história prévia, já tem atendimento na psiquiatria, tu já fica com receio de atender ele. Porque tu sabe que o paciente fica aqui muito tempo [...], as vezes ele vai descompensar [...] (EN4).

Estudos evidenciam que a agressividade exteriorizada pelo paciente desperta o medo de ser agredido nos profissionais, que acabam sendo tomados por essa sensação e ficam receosos em atendê-lo, temendo pela sua integridade física, pois entendem que o paciente psiquiátrico pode se desestabilizar a qualquer momento. Isso acontece por consequência tanto da falta de conhecimentos e treinamentos, como também da pouca vivência com esse perfil de paciente. No entanto, cabe ressaltar que o medo em relação a todos os pacientes psiquiátricos é desproporcional aos que de fato representam algum risco potencial de agressão (FERNANDES; SILVA; IBIAPINA, 2015; IKUTA et al., 2013; KONDO et al., 2011; SAKAI et al., 2016).

Uma das situações em que o paciente é chamado de “paciente-problema” refere-se a quando o mesmo passa a ser temido pela equipe devido a sua história prévia, desencadeando uma enorme carga emocional no profissional, que pode manifestar-se através da raiva, ou do medo (BOTEGA, 2012). Isto posto, sentimentos de medo ou raiva frente a uma situação de

ameaça são, obviamente, esperados, mas o profissional deve estar atento e avaliar as suas próprias emoções, para que evite conduzir a situação de maneira excessivamente permissiva ou punitiva. Para os profissionais que têm certa experiência em emergência, os seus sentimentos podem servir como indicativo do potencial de violência do paciente e promover o estabelecimento de medidas preventivas de acordo com cada caso (MANTOVANI et al., 2010).

Esse receio frente ao paciente com CCP, para alguns enfermeiros, é vivenciado desde a admissão dele no SE, pois quando se sabe que ele tem um histórico psiquiátrico, a possibilidade de ele vir a descompensar essas questões existe, e aí emerge o medo em cuidá-lo. Silva, Silva e Oliveira (2012) fazem referência à preocupação verbalizada pela equipe de enfermagem quanto a permanência de um paciente com transtorno mental no mesmo setor em que os demais, como se representasse uma ameaça só por estar ali.

Frente a essas colocações, autores revelam que o medo excessivo dos profissionais pode funcionar como um impedimento para o atendimento do paciente com agressividade ou agitação psicomotora. Além disso, pode prejudicar o julgamento clínico do profissional e direcionar a uma assistência em que se faz uso desnecessário e precoce de contenções mecânicas e de uma grande quantidade de medicações sedativas (LOPES, 2016; SADOCK; SADOCK, 2007).

Os enfermeiros entrevistados nesse estudo mencionam que quando o paciente é esquizofrênico ou depressivo, há uma maior facilidade de lidar com ele, mas no manejo com pacientes que estão apresentando um comportamento agressivo surge o medo e o temor. Esses achados vão ao encontro do que Campos e Teixeira (2001) afirmam. Os autores evidenciam que pacientes mais depressivos despertam na equipe de enfermagem emoções como pena e dó, além de uma vontade em ajudá-lo. Já aqueles mais agressivos, teatrais ou alcoolistas tendem a ocasionar medo, raiva e revolta em quem os cuida, e os profissionais se apresentam desmotivados e desinteressados em prestar assistência a esses pacientes, criando uma posição defensiva.

5.2.1.4 Descaso e Indiferença em Relação ao Paciente Psiquiátrico

Outros sentimentos manifestados pelos enfermeiros desse estudo são o descaso e a indiferença em relação ao paciente em crise psiquiátrica, que é deixado em segundo plano pela equipe e é visto pelos entrevistados como só mais um entre tantos outros que precisam de

cuidados no serviço de emergência em questão, não demandando nenhum sentimento especial pelos enfermeiros.

[...] o psiquiátrico é meio deixado de lado [...] (EM1).

[...] o paciente acaba ficando de certa forma “desassistido” (ET1).

Eu só consigo enxergar ele como uma pessoa doente, eu não associo isso a nada [...], eu não tenho nenhum sentimento assim... Pra mim é uma patologia e que a gente tem que tratar, é uma doença (EN1).

[...] pra mim ele é mais um [...] não demanda nenhum sentimento especial [...] e se ele fica aqui, ele cai na vala comum [...] (EN4).

A equipe [...] acaba meio que desvalorizando ou até zombando do paciente [...] com piadinhas [...] como “ah, é psiquiátrico mesmo”. Funciona assim (EN6).

Os profissionais atuantes nos SE acabam demonstrando o seu descontentamento e insatisfação com os casos não tão urgentes, como são considerados os que envolvem questões psíquicas, por meio de atendimento impessoal, hostil e até mesmo negligente (GARLET et al., 2009). Fernandes et al. (2016) corroboram com essa visão de “desassistência” ao paciente em crise psiquiátrica nas emergências de hospitais gerais quando afirmam que os próprios enfermeiros têm a percepção de que existem inúmeras falhas no atendimento desses pacientes, e o cuidado à eles acaba sendo negligenciado.

Além do mais, o descaso é evidenciado nas falas dos enfermeiros entrevistados através das atitudes dos profissionais, como uso de “*piadinhas*” para zombar do paciente, de xingamentos ou de palavras de cunho desrespeitoso em relação a eles. A manutenção de uma visão preconceituosa e menosprezadora no que se refere ao paciente psiquiátrico, de modo a desvalorizar o mesmo, mostrou-se evidente no conteúdo das manifestações de profissionais em outro estudo (HILDEBRANDT; MARCOLAN, 2016).

Os enfermeiros emergencistas não se sentem responsáveis em cuidar dos pacientes com questões psiquiátricas agudizadas que internam no serviço e tem por eles uma atitude de descompromisso e descuidado. Esses profissionais optam por realizar outras demandas do setor, se esquivando da assistência à esse paciente em prol de outras atividades, estabelecendo um distanciamento entre o profissional e o paciente psiquiátrico. Essa negligência é representada de diversas formas, como através da ausência de prestação de cuidado, de percepção das necessidades do paciente e de comunicação com o mesmo (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2013; KONDO et al., 2011).

Cabe ressaltar que esse descaso e indiferença retratados pelos enfermeiros do SE estudado faz com que se enxergue apenas o diagnóstico, a patologia, a doença a ser tratada, desconsiderando as particularidades e singularidades do paciente. Assim, o paciente acaba por ser reduzido ao seu diagnóstico, gerando abordagens cada vez mais restritas à queixa e aos sinais e sintomas apresentados, não contemplando seu sofrimento psíquico (SILVEIRA et al., 2011).

Entende-se que o modo como os profissionais percebem e enfrentam o caso do paciente psiquiátrico influencia no atendimento a ele (ELIAS; TAVAREZ; CORTEZ, 2013). Corroborando com essa perspectiva, Prado, Sá e Miranda (2015) acrescentam que uma atitude evitativa e de afastamento pode comprometer a integralidade do cuidado. Essa condição reforça a negatividade que está associada ao contato com esses pacientes, que acionam as mais primitivas emoções e comportamentos em quem os cuida. Logo, desvela-se que a superação da lógica de exclusão, rotulagem e infantilização do paciente psiquiátrico consiste em um desafio devido ao universo cultural desses profissionais e aos seus inconscientes individuais e coletivos (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

5.2.1.5 Despreparo Para Prestar o Atendimento

Acredita-se que todos esses sentimentos mencionados anteriormente pelos entrevistados manifestam-se a partir de um despreparo da equipe para prestar o atendimento do paciente psiquiátrico. O trabalho com esse perfil de paciente é trazido como um desafio pelos enfermeiros, pois mobiliza toda a equipe. Nessa perspectiva, os enfermeiros relatam que os cuidados acabam sendo centrados nas queixas clínicas desses pacientes e voltados para a contenção mecânica e medicamentosa.

[...] nós não temos um treinamento adequado para esse tipo de paciente, é bem difícil o trabalho com eles. É focado mais [...] na parte clínica [...], porque mobiliza muito e a gente não tem preparo. A maior resistência da equipe é como prestar o cuidado adequado para esse paciente, porque é um alívio quando ele está sedado, mas pode causar uma série de problemas (EN1).

[...] a minha sensação é essa, que tu fica perdido [...]. Tu não tem o conhecimento necessário para atender esse tipo de paciente, [...] não é acostumado a lidar [...], não tem preparo [...], não sabe identificar que é um paciente psiquiátrico, que está em surto psiquiátrico [...], tu não sabe o que fazer com esse paciente (EN4).

Eu nunca fui preparada pra trabalhar com paciente psiquiátrico e meus técnicos a mesma coisa, e eu não me sinto capaz pra orientar muito eles [...]. Eu me sinto desafiada com um paciente psiquiátrico. Mexe comigo, com a minha falta de preparo e

ao mesmo tempo eu tenho que mostrar pra equipe que não é assim, vamos cuidar (EN6).

[...] a gente sente um pouco de despreparo [...] da equipe em como um todo, mas falo particularmente de mim, eu atendo o paciente [...], mas como eu não tenho muita experiência com isso eu me sinto um pouco, não é só despreparada, mas às vezes sem saber o que fazer, insegura (ES2).

Evidenciou-se que as limitações mais apontadas pela equipe de enfermagem em relação aos pacientes psiquiátricos em situação de emergência foram o despreparo, a insegurança e a habilidade insuficiente para ofertar cuidados a eles, pois salientam que esse público requer um atendimento mais específico e diferenciado. Ao assumirem o desconhecimento, os profissionais se deparam com uma série de dúvidas e incertezas, e o fato de não saberem como cuidar e ainda assim se sentirem responsáveis pelo cuidado desses pacientes acaba lhes trazendo um grande sofrimento. É evidente a necessidade de fazer algo pelo paciente psiquiátrico em situação de crise, mas desconhecem o que e como fazer (BORGES et al., 2012; ELIAS, 2012; KONDO et al., 2011; PAES; MAFTUM, 2013; SILVA, 2016).

Na tentativa de justificar esse despreparo, Fernandes, Silva e Ibiapina (2015), trazem que o mesmo pode estar relacionado a pouca experiência profissional com esse perfil de paciente ou à falta de um treinamento específico. Logo, a equipe de enfermagem não se sente apta para realizar uma assistência adequada. Santos, Coimbra e Ribeiro (2011) corroboram ao afirmarem que a maior barreira encontrada pelos enfermeiros no que diz respeito ao atendimento da crise psiquiátrica, é a falta de capacitação para tal, tendo em vista que os treinamentos direcionados aos enfermeiros emergencistas possuem maior ênfase para os atendimentos clínicos ou traumáticos. Isto posto, atender a pacientes com sintomas psiquiátricos agudizados é um desafio para esses profissionais.

Os entrevistados verbalizam uma sensação de alívio no momento em que o paciente é encaminhado para outro serviço da rede de saúde e quando o mesmo é contido quimicamente. Ainda que reconheçam as consequências que podem ser manifestadas em decorrência da contenção química, o alívio que é despertado na equipe é proveniente da resistência em atendê-lo, possivelmente devido a falta de conhecimento, de experiência e insegurança desses profissionais em prestar os devidos cuidados e lidar com o paciente com CCP no SE.

Nota-se que, em geral, os cursos de formação de enfermeiros e técnicos de enfermagem não contemplam as necessidades de cuidados de pacientes psiquiátricos em emergências de HG. São enfatizados procedimentos como a administração de medicamentos sedativos e contenção no

leito. Esse contexto repercute na fragilidade da formação profissional em saúde mental, de modo que fica evidente a falta de conhecimento da equipe de enfermagem, o que dificulta a sua atuação nos SE. Para que o profissional preste os cuidados de forma adequada, ele precisa sentir-se seguro, entretanto, seu evidente despreparo acaba refletindo diretamente no atendimento oferecido ao paciente, gerando insegurança e desamparo no profissional (CARAVALHO, 2014; HILDEBRANDT; MARCOLAN, 2016; PAES, 2009).

Os membros de equipe de enfermagem entrevistados no estudo de Kondo et al. (2011) com um período menor de formação e atuação também demonstram essa lógica de resistência em cuidar do paciente psiquiátrico em um serviço de emergência, ao passo que os profissionais com maior tempo de atuação e formação verbalizam que o melhor atendimento a esse perfil de paciente é realizado em locais especializados com uma equipe capacitada, passando a responsabilidade para esses serviços e profissionais.

Os entrevistados enxergam esse despreparo como um prejuízo não só para si, mas para os técnicos de enfermagem também, pois enquanto líderes da equipe de enfermagem, os enfermeiros deveriam orientá-los e guiá-los em relação ao atendimento e manejo desses pacientes, mas acaba sendo um desafio para todos, em função da falta de um treinamento ou capacitação das equipes dos SE de HG. Esse cenário se torna ainda mais inquietante quando percebemos que a abordagem ao paciente psiquiátrico é pouco abordada na formação acadêmica do enfermeiro, devendo ser mais explorada inclusive a forma de liderar a equipe frente a essas situações.

Diante da conjuntura atual, entende-se a necessidade de se aprofundar a temática da emergência psiquiátrica durante a graduação de enfermagem, já que ao assumirem o papel de liderança da equipe de enfermagem, os enfermeiros são os responsáveis pelo treinamento e aperfeiçoamento da equipe para o desenvolvimento de seu trabalho. Cabe ressaltar que essa é uma competência que vêm se tornando cada vez mais difícil e complexa, pois são poucos os enfermeiros que se interessam pelo conhecimento em saúde mental, e que se sentem capazes em orientar a sua equipe. Recomenda-se que os profissionais procurem atualização e capacitação constante, inclusive em psiquiatria, já que essa demanda só tende a aumentar (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

Nesse sentido, autores reconhecem a importância de estabelecer ações, a partir da problematização do processo de trabalho no ambiente hospitalar, tais como o aprimoramento e

capacitação de profissionais que atuam nos SE, potencializando espaços de discussões e reflexões, subsidiando o fazer no cuidado de enfermagem, e emponderando os profissionais para atender a complexidade da saúde mental, qualificando, assim, a assistência prestada aos pacientes em crise psiquiátrica (BORGES et al., 2012; SILVA; OLIVEIRA; KAMIMURA, 2014).

No entanto, o treinamento e aperfeiçoamento dos profissionais, apesar de imprescindíveis, não são os únicos fatores que asseguram a solução dos problemas identificados. Outro aspecto que também se faz fundamental nesse contexto é a mobilização dos gestores e trabalhadores para isso, e que ambos estejam motivados para o trabalho e gestão de uma rede de saúde integrada, humanizada e consolidada (IKUTA et al., 2013).

5.2.1.6 Satisfação em Relação ao Atendimento Prestado

Alguns enfermeiros entrevistados apontam que apesar da falta de preparo e das condições inadequadas do serviço de emergência, o sentimento de satisfação emerge em relação ao cuidado ofertado aos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica, principalmente quando se alcança um manejo apropriado das questões clínicas e também psiquiátricas.

Eu acho que se a gente conseguir dar esse suporte para esse paciente [...], de conseguir manejo com ele [...], a gente percebe que ele tem uma boa recuperação [...]. Eu acho que quando a gente consegue trabalhar com esse paciente, a gente sai satisfeita, a gente percebe que o paciente saiu bem [...] (EN3).

[...] de acordo com os nossos recursos que agente tem aqui dentro da emergência, a gente consegue até dar um cuidado de bastante qualidade [...]. Na verdade a gente não tem uma emergência psiquiátrica, a gente teoricamente não atenderia [...], mas a gente acaba tendo que manejar também [...]. O sentimento é de satisfação, por conseguir fazer o que a gente pode (EN5).

[...] eu tenho [...] tranquilidade, então me sinto capaz de receber esse paciente, de manejar ele, até onde eu sei, até onde eu posso ir [...], mas eu não saio com pesar de que não fiz alguma coisa, apesar de que aqui a gente sai muito com isso, as coisas que ficaram por fazer, que não deu tempo, mas isso é da emergência, e tu tem que trabalhar isso (EN1).

No cenário de uma emergência, evidenciou-se que, para alguns enfermeiros, uma sensação prazerosa surgiu ao passo que o profissional contribuiu para o alcance das necessidades clínicas do paciente e agilizou o atendimento daqueles que apresentavam condições de maior gravidade. Nesse sentido, nota-se que o comprometimento do enfermeiro com a qualidade do cuidado prestado é algo que lhes desperta prazer e satisfação, principalmente quando a amenização de sinais e sintomas agudos é percebida (SAKAI et al., 2016).

Além do mais, os enfermeiros ressaltam que conseguem ter uma sensação de tranquilidade para prestar o cuidado, sentindo-se capazes de acolher e atender o paciente psiquiátrico. Cabe salientar que um profissional calmo e tranquilo consegue ter uma tomada de decisão mais apropriada e um manejo mais adequado e eficiente diante do caso, especialmente no que diz respeito a uma emergência, sobretudo psiquiátrica.

Oliveira, C. T et al. (2016) afirmam que o contato com o paciente apresentando sintomas psiquiátricos agudos também faz emergir sentimentos como tranquilidade e valorização da vida. Observaram que, no início de suas atuações, os profissionais tinham certo receio em trabalhar com esses pacientes, mas com o passar do tempo, foram se sentindo mais tranquilos, e hoje conseguem lidar melhor frente a essas situações, pois percebem que o mais importante é dar a assistência que está dentro das suas possibilidades. Assim, a experiência com esses casos pode contribuir para vivenciá-los com menos angústia e ansiedade, além de possibilitar reflexões acerca da prática realizada ao paciente psiquiátrico, preparando esses profissionais para um cuidado mais humano.

Desse modo, levando em consideração os recursos que a emergência dispõe e as limitações da equipe, os enfermeiros entrevistados relatam que encerram o seu turno de trabalho satisfeitos por terem realizado a assistência que estava ao seu alcance frente ao paciente com CCP. Logo, não saem do SE com um sentimento de pesar por não terem feito algo, pois sabem lidar com essa sensação e com o fato de que sempre vão ter demandas por fazer, o que se configura como um contexto comum em um setor de alta complexidade.

Salomé, Martins e Espósito (2009) apresentam resultados que vão ao encontro dos achados desse estudo. Apesar da tensão e estresse emocional constantemente vivenciados, visto que as dificuldades do cotidiano no SE lhes parecem maiores do que os recursos disponíveis no serviço para resolvê-las, os profissionais de enfermagem se sentem satisfeitos e gratificados em trabalhar na área de emergência, além de desfrutarem de uma sensação de dever cumprido e de ter conseguido salvar vidas, logo, isso tudo acaba se sobrepondo aos obstáculos encontrados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, foi proposto apreender os fazeres dos enfermeiros no cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um SE de HG e os sentimentos desses profissionais frente a esse cuidado. Buscou-se ampliar a discussão e reflexão acerca da temática visando o aperfeiçoamento da assistência oferecida a esses pacientes, com vistas a práticas mais potencializadas e qualificadas. No entanto, não houve a pretensão de esgotar-se a compreensão sobre o objeto de pesquisa, no sentido de estimular novos estudos na área, bem como o constante aprimoramento do processo de cuidar, especialmente no que diz respeito a saúde mental.

Em resposta às questões norteadoras deste estudo, foi possível classificar os resultados obtidos em duas categorias temáticas principais: o fazer e o sentir, que estão intimamente relacionados, e dos quais emergiram as subcategorias de cuidado direto, cuidado indireto e sentimentos, que por sua vez, revelaram suas respectivas unidades de significação.

Torna-se evidente que os sentimentos expressos pelos profissionais influenciam o seu fazer diante do paciente, bem como os cuidados prestados despertam emoções e afetos nos enfermeiros. Nesse sentido, refletir sobre a assistência de enfermagem ofertada no SE estimula o movimento de construção e desconstrução de práticas, assim como, repensar sobre a maneira como nos sentimos a respeito de determinada situação vivenciada pode desencadear mudanças e transformações em abordagens futuras.

Esse movimento de construção e desconstrução se faz necessário nos serviços de emergência por serem ambientes de alta complexidade e densidade tecnológica, com elevado índice de estresse e sobrecarga profissional, e tendo em vista que o atendimento do paciente psiquiátrico ainda é um enorme desafio para os profissionais atuantes nessa modalidade de atenção, pois exige uma assistência que contemple a totalidade do indivíduo, levando em consideração a sua singularidade e subjetividade.

Desvela-se que o fazer do enfermeiro envolve o conceito de gerência do cuidado, contemplando cuidados diretos e indiretos a serem exercidos em prol da saúde e bem-estar do paciente psiquiátrico, devendo estar integrados e articulados entre si. Quanto aos cuidados diretos, os resultados demonstram que os SE de HG passaram a atender as demandas de saúde mental que chegam às portas do serviço, contudo, revelam a tendência dos enfermeiros em focar

nas queixas clínicas apresentadas pelos pacientes, deixando-se a sintomatologia psiquiátrica em segundo plano.

No que diz respeito ao manejo da crise psiquiátrica, verificou-se que havia uma preocupação dos enfermeiros em tentar um manejo verbal, em um primeiro momento, mas ainda assim, as medidas norteadoras dos cuidados de enfermagem no SE têm sido as contenções mecânica e química, o que reforça o estigma associado ao paciente psiquiátrico.

Considerando esse contexto, os enfermeiros verbalizaram a importância de promover um ambiente mais seguro e menos perturbador possível, e de avaliar e monitorar os riscos aos quais esses pacientes estão submetidos, na perspectiva de assegurar uma maior proteção e preservação dos mesmos, por meio da sinalização para a equipe e da priorização do seu atendimento.

Quanto aos cuidados indiretos, os enfermeiros se sentem responsáveis por gerenciar a assistência prestada mesmo quando compartilham ou transferem os cuidados aos técnicos. Ademais, salientam que encaminham os pacientes com CCP para outros serviços de referência com o objetivo de não deixá-los desassistidos, seja qual o for o ponto da rede ao qual serão direcionados.

Partindo-se do pressuposto de que os acompanhantes ou familiares podem auxiliar na garantia de uma maior segurança dos pacientes, por meio de uma observação mais contínua, os enfermeiros solicitam a permanência dos mesmos em tempo integral junto aos pacientes. Acrescenta-se ainda que os entrevistados compreendem a consultoria da enfermagem psiquiátrica como um potente recurso com vistas a atender a necessidade de qualificação do atendimento ofertado, devendo ser mais amplamente divulgada e utilizada pelos enfermeiros do SE.

Destaca-se que os resultados indicaram como sentimentos prevalentes entre os enfermeiros do SE o medo das reações de agressividade e agitação dos pacientes, a impotência perante os casos de pacientes psiquiátricos, devido a falta de autonomia que enfrentam no serviço e por consequência do seu atendimento ser direcionado para a prescrição de enfermagem.

Ademais, os enfermeiros verbalizam descaso e indiferença em relação ao paciente psiquiátrico, que acaba sendo depreciado e desassistido. Evidencia-se ainda a influência da falta de estrutura física e carência de recursos humanos necessários para uma assistência segura e qualificada como fatores ocasionadores de angústia nos enfermeiros, por não conseguirem desenvolver a assistência idealizada.

O despreparo foi constantemente mencionado pelos enfermeiros entrevistados neste estudo, pois consideram um desafio lidar e manejar esse perfil de paciente, de modo que se sentem aliviados quando o mesmo é encaminhado para outros serviços, o que reforça a sua insegurança em atendê-los. Em contrapartida, o sentimento de satisfação emerge quando conseguem um manejo tanto das questões clínicas quanto das psiquiátricas, proporcionando um cuidado baseado na integralidade.

A partir do exposto, são incentivadas ações e intervenções, de acordo com as possibilidades e realidade dos SE de HG, para sanar a lacuna do despreparo profissional, com o intuito de diminuir a perpetuação de abordagens preconceituosas e possibilitar mudanças de concepções, o enfrentamento de estigmas e superar sentimentos que denotem negatividade em relação ao paciente psiquiátrico, acreditando-se que podem impactar positivamente na relação profissional-paciente.

Sugerem-se estratégias com vistas a sensibilização dos enfermeiros e equipe para o cuidado a esses pacientes, como proporcionar espaços para reflexão acerca do atendimento oferecido e condutas tomadas, permitindo que os profissionais expressem sentimentos e compartilhem situações vivenciadas, bem como os conflitos e dificuldades enfrentadas, de modo que seja possível discutir, avaliar e aprimorar constantemente, e a cada vez mais, o fazer dos enfermeiros frente ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no SE.

É essencial reforçar a importância de cuidar do profissional, aspecto indispensável no cenário da emergência. Logo, no âmbito da gestão dos serviços e instituições, deve-se pensar em investir em recursos adequados, capacitações e treinamentos, reconhecendo as potencialidades e limitações dos trabalhadores, além de incentivar a sensibilização dos profissionais e a reorientação de práticas fortalecedoras, como pontos-chave para qualificação da assistência.

No entanto, os enfermeiros, que desempenham papel fundamental na equipe, pois lideram e gerenciam o atendimento e estão na linha de frente de cuidado, precisam estar dispostos a qualificar-se e a incentivar a sua categoria a aperfeiçoar-se.

Por fim, é importante pontuar que esse estudo limita-se ao compreender o contexto específico de um SE de HG do sul do Brasil, destacando-se as percepções de enfermeiros diante da temática. Portanto, recomenda-se para novos estudos o aprofundamento do tema com enfermeiros e técnicos de enfermagem de outros SE, como também em outras realidades e serviços da rede de saúde, com vistas a desvelar os fazeres e sentimentos desses profissionais

nesses contextos. Cabe reforçar que permanecem os questionamentos em relação à implementação e avaliação de estratégias e dispositivos inovadores de aprimoramento e qualificação do cuidado ao paciente psiquiátrico nos SE de HG.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Yasmim Basílio et al. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência: limites e possibilidades uma questão para os enfermeiros. **Perspectivas Online: Biológicas & Saúde**, Campos dos Goytacazes, v. 15, n. 4, p. 25-49, out./dez. 2014. Disponível em: <http://seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/566/489>.
- AZEVEDO, Ana Lúcia de Castro Sajioro et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 736-745, out./nov. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6585>>.
- BAGGIO, Maria Aparecida; CALLEGARO, Giovana Dorneles; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 8, p. 552-557, set./out. 2008.
- BARRETO, Mayckel da Silva et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do enfermeiro no serviço de emergência. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 16, n. 6, p. 833-841, nov./dez. 2015.
- BERNIK, Vladimir; GOUVÊA, Fernando Sauerbronn; LOPES, Katrini Vianna. Agitação psicomotora. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. 8, p. 289-295, ago. 2010.
- BESSA, Jacqueline Botura; W Aidman, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013.
- BORGES, Leandro da Rosa et al. Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 27-33, set. 2012.
- BOTEGA, Neury José. **Práticas psiquiátricas no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Federal de Enfermagem**. Resolução nº 427, de 8 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF, 2012b.

- BRUSAMOLIN, Leslye; MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris. A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 4, n. 2, p. 808-814, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/984/pdf_20>.
- BURIOLA, Aline Aparecida et al. Atuação do enfermeiro no serviço de emergência psiquiátrica: avaliação pelo método de quarta geração. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e4540014, 2016.
- CAMPOS, Claudinei José Gomes; TEIXEIRA, Marina Borges. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 141-149, jun. 2001.
- CARNEY, Caroline P.; JONES, Laura; WOOLSON, Robert. F. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: a population-based Controlled Study. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 21, n. 11, p. 1133-1137, 2006.
- CARVALHO, Viviana Cristina de Souza. **A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais numa unidade de pronto atendimento**. 2014. 76f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.
- CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; MORAES, Katerine Gonçalves. Consequências do subdimensionamento de pessoal na saúde dos trabalhadores da enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 1556-1570, 2013.
- CASTRO, Adriana Ribeiro Silva de. **Cuidado de enfermagem a pacientes com comportamento agitado e/ou agressivo**. 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.
- CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012.
- COELHO, Mônica Franco et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, jul./ago. 2010.
- COUTINHO, Ana Augusta Pires; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MOTA, Joaquim Antônio César. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Suporte humanizado em Pronto Socorro: um desafio para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 58, p. 231-234, mar./abr. 2005.

DANTAS, Uberlândia Islândia Barbosa et al. O trabalho dos enfermeiros no setor de urgência: limites e perspectivas. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7556-7561, abr. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/7436/pdf_7645>.

DEL-BEN, Cristina Marta et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, supl. I, p. 98-112, jan./fev. 2017.

DIMENSTEIN, Magda et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **PolisePsique**, Porto Alegre, v. 2, p. 95-127, 2012.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio. **Projeto de pesquisa**. “Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um serviço de emergência”. 23p. Porto Alegre. 2016.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; OLSCHOWSKY, Agnes. Fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 698-703, jul./ago. 2011.

ELIAS, Andréa Damiana da Silva. **Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

ELIAS, Andréa Damiana da Silva; TAVARES, Claudia Mara de Melo; CORTEZ, Elaine Antunes. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 776-783, out./dez. 2013.

ESTELMHSTS, Priscila et al. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 399-403, jul./set. 2008.

FERNANDES, Daniele Barbosa. **Intervenção de enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica em um hospital geral**. 2014. 28f. Monografia (Especialização em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

FERNANDES, Márcia Astrêset al. Cuidados de enfermagem ao paciente psiquiátrico na urgência de um hospital geral. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 5, n. 2, p. 41-45, abr./jun. 2016.

FERNANDES, Márcia Astrês; SILVA, Elisângela de Moura da; IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 4, p. 163-173, out./nov./dez. 2015.

FREITAS, Perla Fabiana de; OLIVEIRA, Carlos Eduardo de; CABANAS, Ana. Contenção física para unidade de pronto atendimento em saúde mental: da revisão teórica ao modelo de protocolo. In: **XII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E VIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO**, São José dos Campos, 2008. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

FURTADO, BetiseMery Alencar Sousa Macau; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Correia de. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-174, 2010.

GARCIA, Eliana de Araujo; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1032-1038, 2010.

GARLET, Estela Regina et al. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 535-540, jul./ago. 2009.

GUEZ, Viviane Maisa de Ávila. **O perfil da demanda de pacientes do serviço de emergência da fundação de saúde pública de São Camilo de Esteio**. 2015. 34f. Monografia (Especialização de Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Relatório de atividades do Grupo de Enfermagem**. Porto Alegre, 2015.

HILDEBRANDT, Leila Mariza; MARCOLAN, João Fernando. Concepções da equipe de enfermagem sobre assistência psiquiátrica em hospital geral. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 17, n. 3, p. 378-385, maio/jun. 2016.

IKUTA, Carolina Yukariet al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem em situações de emergência psiquiátrica: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 4, p. 1034-1042, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20954>>.

JESUS, Ana Paula Santos de. **Atuação do enfermeiro frente às infrações éticas no cuidado de enfermagem em unidade de emergência**. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

KAWAKAMI, Daniel; PRATES, José Gilberto; TENG, CheiTung. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. **Revista Debates em Psiquiatria**, São Paulo, jul./ago. 2016.

- KONDO, Érika Hissaeet al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.
- LIMA, Israel Coutinho Sampaio; GUIMARÃES, Adriana Barbosa. Perfil das emergências psiquiátricas atendidas em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 8, n. 2, p. 185-194, abr./jun. 2015.
- LOPES, Paula Fernanda. **Acolhimento do paciente psiquiátrico em unidade de emergência referenciada de um hospital universitário**. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- MANTOVANI, Célia et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. II, p. 96-103, out. 2010.
- MANZO, Bruna Figueiredo et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 151-158, fev. 2012.
- MARQUES, Danilo Vaz. **Proposta de protocolo de acolhimento e classificação de risco: atenção às urgências e emergências adultas**. 2014. 39f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- MENDES, Thaís Helena; CASTRO, Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro de. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Revista de Enfermagem da UNISA**, São Paulo, v. 6, p. 94-98, 2005.
- MENZANI, Grazielle; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTEZELI, Juliana Helena; PERES, Aida Maris; BERNARDINO, Elizabeth. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-354, mar./abr. 2011.
- MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 323-327, jun. 2009.
- MORAIS, Alexandre Souza; MELLEIRO, Marta Maria. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 1, p. 112-120, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15243>>.

MUNIZ, Marcela Pimenta et al. Desvendando o projeto terapêutico de enfermagem em saúde mental: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2014.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 597-603, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a02.htm>>.

NOBRE, Amanda Manuella Dantas. **Assistência de enfermagem a pessoa em sofrimento psíquico**. 2012. 57f. Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2012.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de et al. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 179-185, maio/ago. 2004.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. **Gerais - Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 78-89, jan./jun. 2016.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de et al. A clínica de enfermagem psiquiátrica e suas novas tecnologias de cuidado **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 3922-3934, jan./mar. 2016.

OLIVEIRA, Felipe Perucci de; MAZZAIA, Maria Cristina; MARCOLAN, João Fernando. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-215, 2015.

PADILHA, Vitoria Mantoanet al. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 131, n. 6, p. 398-404, 2013.

PAES, Marcio Roberto. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PAES, Marcio Roberto et al. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 309-316, abr./jun. 2010.

PAES, Marcio Roberto et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 407-412, abr./jun. 2013.

PAES, Lucilene Gama et al. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 395-409, maio/ago. 2013.

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves. Percepções da equipe de enfermagem de um pronto atendimento sobre a pessoa com transtorno mental. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 461-469, set./dez. 2013.

PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves; MANTOVANI, Maria de Fátima. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 277-284, jun. 2010.

PEREIRA, Denyson Santana et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 55-61, 2013.

PEREIRA, Flávia Pimentel; THOMAS, Juciléia. Consultoria de enfermagem psiquiátrica em hospital geral: relato de experiência. In: **SEMANADEENFERMAGEM**, 28., Porto Alegre, 2017. Enfermagem e suas dimensões: a gestão do cuidado e o impacto na saúde. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2017. v. 1. p. 71.

PEREIRA, Joelma Souza. **Implantação da classificação de risco segundo o sistema de triagem de Manchester no hospital municipal de Bacabal – MA**. 2014. 27f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PETTRIBÚ, Katia. Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, supl. II, p. 17-20, 2001.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, Marina Fernandes do; SÁ, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. [especial], p. 320-337, dez. 2015.

QUEVEDO, João; CARVALHO, André F (Org.). **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de psiquiatria**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAKAI, Andressa Midoriet al. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 17, n. 2, p. 233-241, mar./abr. 2016.

SALOMÉ, Geraldo Magela; MARTINS, Maria de Fátima Moraes Salles; ESPOSITO, Vitória Helena Cunha. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, dez. 2009.

SANCHES, Gislene de Jesus Cruz; CARVALHO, Cristiane Alves Paz de. Perfil do atendimento no serviço de emergência de um hospital regional do nordeste brasileiro. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 2, p. 33-37, abr./jun. 2015.

SANTOS, José Luís Guedes et al. Nursing practice in emergency care: systematic review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 8, n. 3, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2607/570>>.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257- 263, abr. 2013.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Ambiente de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 18, n. 2, p. 195-203, mar./abr. 2017.

SANTOS, Marina Scheer dos; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; RIBEIRO, Juliane Portella. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 5, n. 9, p. 2197-2295, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1890>>.

SANTOS, José Luís Guedes dos; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, dez. 2011.

SCHMITT, Ricardo; GOMES, Roberta Horn. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 27, n.1, p.71-81 jan./abr. 2005.

SILVA, Catiusa Daiane da. **Atuação da enfermagem na assistência em saúde mental em unidades de pronto atendimento hospitalar**. 2016. 44f. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2016.

SILVA, Naiara Gajo; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Interconsulta psiquiátrica e unidades de internação psiquiátrica no Brasil: uma pesquisa bibliográfica. **OMundodaSaúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 244-251, 2010.

SILVA, Naiara Gajo; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; IDE, Patrícia Haranaka. Demandas de atendimento psiquiátrico em um hospital universitário. **RevistaGaúchadeEnfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 531-538, set. 2011.

SILVA, Solimar Pinheiro da; OLIVEIRA, Adriana Leonidas de; KAMIMURA, Quésia Postigo. Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. **Revista Eletrônica Sistemas & Gestão**, Niterói, v. 9, n. 3, p. 406-416, 2014.

SILVA, Naiara Gajo; SILVA, Priscila Patrícia; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 302-310, abr./jun. 2012.

SILVEIRA, Lia Carneiro et al. A clínica de enfermagem em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 107-120, maio/ago. 2011.

SOBRAL, Priscylla Helena Alencar Falcão et al. Atuação de enfermagem em serviços de emergência: revisão sistemática. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 396-407, 2013.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; SILVA, Cezar Augusto Ferreira da; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, sept. 2010.

SOUZA, Marco Antonio Pinto de. **Contenção mecânica: questões para reflexão e ação**. 2014. 23f. Monografia (Especialização em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, EvaldaCançado (Org.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 1. ed. Barueri: Manole, 2008.

TACSI, Yolanda RufinaCondorimay; VENDRUSCOLO, Dulce Maria Silva. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 477-484, maio/jun. 2004.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo; CORTEZ, Elaine Antunes; MUNIZ, Marcela Pimenta. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Ceará, v. 15, n. 2, p. 282-290, mar./abr. 2014.

TORRES, Érica et al. Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 730-736, dez. 2011.

VALENÇA, Sarah Queiroz et al. Compreendendo a interconsulta psiquiátrica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 373-377, out./dez. 2010.

VIEIRA, Letícia Carvalho. **Dimensionamento da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico de referência**. 2014. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, set. 2005.

WALDOW, Vera Regina. Atualização do cuidar. **Aquichan**, Chía, v. 8, n. 1, p. 85-96, abr. 2008. Disponível em:
<<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article%20/view/126/252>>.

WEHBE, Grasiela; GALVÃO, Maria Cristina. Aplicação da Liderança Situacional em enfermagem de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 33-35, jan./fev. 2005.

ZAMBIAZI, Bruno Rafael Branco; COSTA, Andrea Monastier. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 61, p. 169-176, out./dez. 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

1 - Identificação

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Outro

Formação: () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro

Treinamento Formal em Saúde Mental: () Sim, Qual _____ () Não

Tempo em que trabalha no Serviço de Emergência do HCPA: _____

Turno de Trabalho no Serviço de Emergência do HCPA: _____

Tempo de Formação na Enfermagem: _____

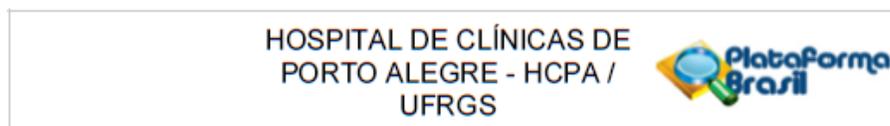
Trabalha em outro local: () Sim, Turno _____ () Não

Carga Horária Semanal (HCPA + outros serviços): _____

2 - Roteiro da Entrevista Semiestruturada

1. Como ocorre o atendimento/cuidado do paciente clínico com comorbidade psiquiátrica no Serviço de Emergência do HCPA?
2. Fale sobre a sua conduta / função frente a esse atendimento.
3. Qual é a sua percepção / sentimento durante e depois desse cuidado?
4. Qual é a maior dificuldade / desafio para esse cuidado na sua percepção?
5. Você teria alguma sugestão para melhoria do cuidado desse paciente?
6. Fale sobre a relação do Serviço de Emergência com a Rede de Saúde Mental em POA.
7. Como é a adesão ao Protocolo Assistencial ao Paciente Psiquiátrico no Serviço de Emergência do HCPA?

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.600.517

Outros	CartarespostaCEP.doc	11:29:12	Custódio Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOfomuladoCEP.doc	01/06/2016 11:28:18	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	19/04/2016 14:00:09	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	18/04/2016 18:55:29	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	18/04/2016 18:54:03	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/04/2016 18:52:13	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/04/2016 18:49:35	Maria de Lourdes Custódio Duarte	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Junho de 2016

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F			
Bairro: Bom Fim		CEP: 90.035-903	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3359-7640	Fax: (51)3359-7640	E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br	

ANEXO B – ADENDO AO PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

Em Quarta-feira, 29 de Março de 2017, às 10:38, <enf_compesq@ufrgs.br> escreveu:

Prezado Pesquisador MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE,

Informamos que o projeto de pesquisa O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA EM UMA EMERGÊNCIA encaminhado para análise em 03/03/2017 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem com o seguinte parecer:

Projeto enviado para registro na COMPESQ, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

Dados Gerais:			
Projeto Nº:	32626	Título:	O FAZER E O SENTIR DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE COM COMORBIDADE CLÍNICO-PSIQUIÁTRICA EM UMA EMERGENCIA
Área de conhecimento:	Enfermagem Psiquiátrica	Início:	03/03/2017
		Previsão de conclusão:	01/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado com linha temática: Saúde mental	
Local de Realização:	não informado		
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com caráter exploratório descritivo. A proposta atual está vinculada a um projeto de pesquisa maior, desenvolvido no SE do HCPA. Os participantes de tal estudo foram dois enfermeiros de cada turno de</p> </div>		
Palavras Chave:	ENFERMEIROS; EMERGÊNCIAS; SAÚDE MENTAL		

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um serviço de emergência

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as percepções da equipe de enfermagem quanto o cuidado do paciente com comorbidade psiquiátrica no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Para a coleta de dados será utilizada a entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas. Essa entrevista terá duração média de 20 (vinte) minutos, e compreenderá questões abertas sobre os sentimentos e percepções da equipe de enfermagem quanto o cuidado do paciente com comorbidade psiquiátrica no Serviço de Emergência do HCPA e perguntas fechadas sobre o perfil da equipe de enfermagem. As entrevistas ocorrerão em uma sala do Centro de Pesquisa Clínico (CPC) do HCPA no turno inverso de trabalho do profissional. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise de informações. Será respeitada a identidade dos participantes, quanto às informações prestadas. Você poderá interromper a entrevista, se necessário, como também não responder perguntas e solicitar que o gravador seja desligado.

Não são previstos riscos físicos decorrentes da participação nesta pesquisa, porém pode ser causado algum desconforto devido ao tema proposto ou ao tempo despendido para responder ao questionário.

Os prováveis resultados desse estudo poderão beneficiar e ampliar a discussão sobre o cuidado do paciente com comorbidade psiquiátrica nos serviços de emergência e suscitar o investimento em novas pesquisas que possam ampliar a discussão sobre a temática.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dra. Maria de Lourdes Custódio Duarte, pelo telefone (51) 333958900, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS

Eu, Maria de Lourdes Custódio Duarte, autora do Projeto de Pesquisa “Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com comorbidade psiquiátrica em um serviço de emergência”, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 1.600.517, autorizo Cristina Elisa Nobre Schiavi, CPF nº 021.925.080-42, número de matrícula 00230163, a utilizar informações do banco de dados da referida pesquisa para seu Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no período de 2016/1 a 2017/2, sob minha orientação.

Porto Alegre, 20 de fevereiro de 2017.

Maria de Lourdes Custódio Duarte

Cristina Elisa Nobre Schiavi