

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

As manifestações de agressividade no processo de cuidar: implicações para a
enfermagem

Uberaba
2012

Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

As manifestações de agressividade no processo de cuidar: implicações para a
enfermagem

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leiner Resende Rodrigues

Uberaba
2012

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C264m Cardoso, Luciane Ribeiro Carvalho
As manifestações agressivas no processo de cuidar: implicações
para a enfermagem / Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso. -- 2012.
99 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2012.
Orientador: Prof. Dr. Leiner Resende Rodrigues

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Violên-
cia. 4. Agressão. I. Rodrigues, Leiner Resende. II. Universidade Federal
do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-083

LUCIANE RIBEIRO CARVALHO CARDOSO

AS MANIFESTAÇÕES DE AGRESSIVIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR:
implicações para a enfermagem

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração “Saúde e Enfermagem”, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

20 de dezembro de 2012.

Banca Examinadora:

Profª Drª Leiner Resende Rodrigues - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª Drª Lucia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profª Drª Denize Bouttelet Munari
Universidade Federal de Goiás

Dedico aos meus amores Iara e Reinaldo por tudo!

À minha irmã Mena, pelo carinho, amizade e
prontidão.

Aos meus sobrinhos Nana e João simplesmente
pela existência e presença.

AGRADECIMENTOS

Agradeço incondicionalmente a Deus por me dar condições de concluir esse trabalho.

À minha querida filhinha IARA por ter vindo colorir a minha vida e me dar um incentivo muito maior para a busca de meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada e desculpe pela ausência.

Ao meu grande amor, REINALDO, pelo apoio mesmo nos momentos de desânimo, por estar sempre comigo e acreditar que eu iria conseguir. Eu te amo!

À minha amiga e irmã MENA, por me ajudar, auxiliar e todos os demais verbos relacionados à colaboração nesse trabalho.

Profª Drª LEINER, minha orientadora cheirosa, que acreditou nas minhas idéias e soube entender minhas limitações e dificuldades. Além da contribuição em meu crescimento acadêmico você me inspira a ser uma pessoa melhor!

Querida Profª Drª LÚCIA APARECIDA FERREIRA, por ter participado das minhas bancas de qualificação e defesa. Sempre com seu jeito meigo, simplicidade e disponibilidade me oportunizou diversas ocasiões de crescimento e aprendizado.

Profª Drª DANIELA GONTIJO, que consegue associar beleza, simpatia e inteligência, pela disponibilidade em participar de minha banca de qualificação e pelas inúmeras explicações fundamentais para essa dissertação.

A cada um dos sujeitos que aceitaram dividir suas experiências e ao Sanatório Espírita de Uberaba por abrir espaço para que esse trabalho pudesse ser realizado. Em especial agradeço à MARLI e VICENTINA pela paciência, pelo tempo que perderam comigo e pelas histórias que tornaram a coleta de dados bem mais interessantes.

É inevitável que minha memória falível incorra no esquecimento de pessoas importantes apesar disso, gostaria de citar algumas pessoas que mesmo à distância fazem parte das minhas vitórias, como meus pais, minhas TIAS-MÃES LÚCIA e CATARINA e minhas eternas amigas REJANE, VANESSA, CIBELE E JULIANA.

RESUMO

A violência física é um estigma relacionado aos portadores de doença mental no contexto do processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica e foi objeto de estudo desse trabalho. **OBJETIVOS:** Descrever e analisar as manifestações de agressividade no processo de cuidar entre os profissionais de enfermagem e os portadores de doenças mentais. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital psiquiátrico. A coleta de dados se deu por meio de observação participante e entrevistas semi estruturadas, com 13 profissionais de enfermagem e 12 portadores de transtornos mentais, definidas pelo critério de saturação teórica. Na análise dos dados foi realizada análise de conteúdo temática e identificou-se duas categorias: O cuidado em enfermagem psiquiátrica e A agressão no cuidar **RESULTADOS:** Os sujeitos vivenciam as agressões no processo de cuidar, ora como agressores ora como agredidos, com manifestações e motivações diferentes, os portadores de transtornos mentais estão mais propensos a sofrerem ameaças, auto agressões, agressões físicas e verbais, negligência e exposição a situações constrangedoras. Enquanto que os profissionais sofrem mais com as agressões físicas, verbais e ameaças. Ambos concordam que o cuidado em enfermagem psiquiátrica transcende as técnicas e procedimentos peculiares da profissão e que a doença mental exige da pessoa que cuida características próprias, que incluem a percepção apurada das necessidades do outro com envolvimento emocional, carinho e respeito. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As agressões estão presentes e são mútuas. Esse estudo inova na medida em que dá voz a ambos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Violência. Agressão.

ABSTRACT

Physical violence is a stigma related to carriers of mental illness in the context of the process of caring in psychiatric nursing and it was object of study of this paper.

OBJECTIVES: Describe and analyze the manifestations of aggression in the care process among the nursing professionals and the carriers of mental illness.

METHODOLOGY: It was a descriptive study with a qualitative approach, accomplished in a psychiatric hospital. The data gathering was through participant observation and semi-structured interviews, with 13 nursing professionals and 12 carriers of mental disorder, set by the criteria of theoretical saturation. In the data analysis it was accomplished analysis of thematic content and e identified two categories: The psychiatric nursing care and the aggression in caring. **RESULTS:**

The individuals experience the aggressions in the caring process, either as attackers or as attacked, with different manifestations and motivations, the carriers of mental disorders are more inclined to suffer threats, self-aggressions, physical and verbal aggressions, negligence and exposure to embarrassing situations. While professionals suffer more with the physical and verbal aggressions and threats. Both agree that the care in psychiatric nursing transcends the techniques and procedures peculiar to the profession and that mental illness requires of the caregiver personal characteristics, wich include the accurate perception of the needs of others with emotional involvement, affection and respect. **FINAL CONSIDERATIONS:** The aggressions are present and are mutual. This study breaks new ground in that it gives voice to both individuals involved in the care process.

Keywords: Nursing Care. Psychiatric Nursing. Violence. Aggression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Construção das categorias e das subcategorias.....	32
Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de enfermagem do SEU, de acordo com a categoria profissional, sexo, idade, o tempo de experiência e a religião.....	34
Tabela 3 – Caracterização dos portadores de transtorno mental internados no SEU, de acordo com o diagnóstico médico, sexo, idade, número de internações e a religião.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 DOENÇA MENTAL E AGRESSIVIDADE.....	9
2.1 O CUIDADO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA.....	16
3 JUSTIFICATIVA.....	22
4 OBJETIVO.....	22
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	23
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	23
5.3 SUJEITOS PARTICIPANTES.....	28
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	28
5.6 COLETA DE DADOS.....	29
5.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	33
6.2 O CUIDAR EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA.....	36
6.3 A AGRESSÃO NO CUIDAR.....	42
6.3.1 As atitudes que caracterizam a agressão.....	45
6.3.2 Sentimentos diante da agressão.....	57
6.3.3 Consequências diante da agressão.....	60
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES.....	86
ANEXO.....	91

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo serão abordados os aspectos conceituais de doença mental e agressividade e o cuidado em enfermagem psiquiátrica.

1.2 DOENÇA MENTAL E AGRESSIVIDADE

Esse estudo surgiu das percepções da prática clínica de uma das pesquisadoras que atuou em dois hospitais psiquiátricos, no interior de Minas Gerais, onde foi possível observar que há a estigmatização do doente mental, no tocante a efetivação de atos agressivos. Em geral a imagem do doente mental ainda é representada pelo “louco” que agride de várias formas, independente das circunstâncias que o cercam.

Esse pensamento de senso comum é observado na prática assistencial em Enfermagem Psiquiátrica. Na vivência descrita, as pessoas que trabalham com doentes mentais não possuem experiência e se submetem a trabalhar com eles por não conseguirem uma vaga em um lugar considerado “melhor”.

A condição de trabalho estabelecida na enfermagem psiquiátrica fragiliza as relações interpessoais, entre profissionais de enfermagem e portadores de sofrimento mental. De um lado encontram-se os profissionais que não são devidamente capacitados, e, portanto desenvolvem seu saber na prática diária, seguindo seus próprios valores e instintos.

Como atenuante a essa condição, pode ocorrer dos modelos assistenciais e as instituições que cuidam, para atenderem aos seus interesses, se organizarem de modo incongruente com o cuidado profissional, e conseqüentemente “*o conceito da função de cuidar do enfermeiro está ameaçado*” (WATSON, 2002, p. 56).

Estudo recente demonstrou que enfermeiros apresentam dificuldade em definir a sua principal ação na prática profissional, o cuidado. Ao tentar elucidar as diferenças entre cuidar e tratar, muitos relacionam o primeiro às atitudes complexas que envolvem a promoção da vida e a humanização da saúde com atitudes éticas. Enquanto para tratar, é atribuída uma significação relacionada à prática médica, com a visão tecnicista, fragmentada e centrada na doença (BORGES; SILVA, 2010).

Em outro estudo houve a mesma dificuldade em estabelecer uma diferenciação para os termos cuidar/cuidado, com uma tendência em definir um cuidado centrado em tarefas, não no cliente. E repetiu-se a referência aos termos tratar e doença, valorizando o modelo biomédico (WALDOW, 1998).

Historicamente a crença que portadores de transtornos mentais são violentos tem se consolidado no imaginário das pessoas, no entanto a magnitude dessa crença é desproporcional ao número de pessoas que manifestam comportamentos que constituem risco real em situações de exacerbação dos sintomas (SADOCK; SADOCK, 2007).

A associação entre o doente mental e a violência arrasta-se ao contexto do cuidado ao indivíduo portador de transtornos mentais, os mitos de periculosidade e invalidação social, relacionados ao “louco” representando grandes obstáculos aos avanços na assistência (PAIVA, YAMAMOTO, 2007).

Os portadores de transtornos mentais estão fortemente atrelados ao estereótipo de pessoas violentas, que representam perigo. Esse estereótipo faz uma vinculação ao medo dessas pessoas, e conseqüentemente cria-se um pressuposto que apresentarão um comportamento violento (STILWELL ET AL, 2011).

A pessoa portadora de transtorno mental evoca medo nos mais variados grupos sociais, incluindo os profissionais de saúde. Trata-se do medo da violência física, oriundo da imagem vinculada à periculosidade e imputabilidade do portador de transtorno mental (MOREIRA, LOYOLA, 2011). Um estudo mostrou que 66% dos profissionais de saúde pesquisados acreditam que pessoas com esquizofrenia são “perigosos” (RAHO, et al, 2009).

De fato existem registros da manifestação de comportamentos agressivos direcionados contra enfermeiras psiquiátricas dentro dos serviços de atendimento a doentes mentais, dentre elas a mais comum é a agressão verbal e o medo em ser agredido (FOSTER; BOWERS; NIJMAN, 2006).

Em estudo recente, realizado em um pronto atendimento no sul do país, foi identificado que a violência praticada pelas pessoas com transtornos mentais é mais

inferida do que real. E mesmo assim, um grande número de entrevistados afirma sentir medo de cuidar dessas pessoas (GONÇALVES SILVA, 2011).

Quando se avalia a questão percebe-se que a maioria dos crimes é cometida por pessoas que não são consideradas doentes mentais, enquanto que os doentes mentais são mais expostos a sofrerem diversos tipos de violência quando comparados àquelas pessoas que não possuem alguma doença mental (BERTOLOTE, 2009).

Em uma análise sobre o índice de homicídios praticados por pessoas com transtornos mentais é encontrado um baixo índice em todo o mundo, acreditando-se que no Brasil os números sejam ainda menores, uma vez que a violência no país está relacionada às condições socioeconômicas (GUTMAN, 2010).

Na prática assistencial a equipe de enfermagem que atua no cuidado hospitalar psiquiátrico, em geral encontra uma realidade de trabalho exaustiva mental e fisicamente. O cuidado em enfermagem psiquiátrica está permeado pelas improvisações e falta de condições de trabalho (MOREIRA, LOYOLA, 2011).

Em um estudo realizado em um hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUS para internação, localizado na cidade de São Paulo, foi possível identificar que no processo de trabalho em enfermagem, os profissionais entendem que seu objeto de trabalho são homens e mulheres, maiores de 18 anos, com agressividade e sexualidade exacerbadas. A enfermagem estabelece o vínculo com esses indivíduos através da cidadania negada, da sexualidade exacerbada e da periculosidade (CARVALHO; FELLI, 2006).

Esses achados corroboram com outro estudo realizado em um cenário de internações psiquiátricas involuntárias, onde a enfermagem aponta uma fragilidade pela ausência do profissional médico no cotidiano. Em contrapartida, na maioria de seu tempo de trabalho a equipe de enfermagem esquia-se de seu papel de cuidador, passando a maior parte do tempo no posto de enfermagem, conversando entre si, o que demonstra uma superficialidade no conhecimento acerca do cuidado em saúde mental e psiquiatria (MOREIRA, LOYOLA, 2011).

Na enfermagem a relação terapêutica estabelecida dependerá da postura adotada pela própria enfermeira, pois o enfermeiro é o profissional capaz de assistir ao indivíduo em suas necessidades. Ele possui o conhecimento especializado e sabe usar desse conhecimento para manutenção e recuperação da saúde. Ele precisa ter percepção, desenvolver uma comunicação eficaz, estabelecendo uma relação interpessoal (TRAVELBEE, 1979).

Entende-se por relação interpessoal “*o resultado de uma série de interações decididas e planejadas entre dois seres humanos, a saber, enfermeira e paciente*” (TRAVELBEE, 1979, p. 156).

Mas o medo da violência ainda é utilizado como argumento para segregação de pessoas em tratamento psiquiátrico (MOREIRA, LOYOLA, 2011).

Essa lógica nos faz pensar que para trabalhar em psiquiatria é necessário ser especial, possuir um saber sobre si próprio, suas experiências de vida e seus valores morais, saber conduzi-los para tornar-se agente importante no cuidar (CARDOSO, OLIVEIRA, LOYOLA, 2006).

Os efeitos da discriminação representam uma segunda doença, manifestada nas relações interpessoais, pois os portadores de esquizofrenia atrasam a busca do tratamento para evitar experiências discriminatórias negativas no cuidado à saúde (RAHO, et al, 2009).

Além disso, mesmo havendo o estigma, relacionado ao doente mental, a raiva é um sentimento comum aos seres humanos, presente em todos os indivíduos, e que geralmente está associada a uma significação negativa, pois a forma mais comum de ser expressa é pela agressividade (TOWNSEND, 2002).

A agressividade aparece como a forma mais comum, presente na literatura, para gerenciamento dos conflitos e uma das mais difíceis de ser estudada, pois pode ser expressa de várias formas e existem muitas variáveis que são subjetivas (LEME, 2004).

Pessoas ditas “normais” também expressam sua raiva através da agressividade, como ocorreu em um estudo onde enfermeiras afirmam já terem

sofrido, por mais de uma vez, violência psicológica em seu ambiente de trabalho. Destacaram outras mulheres, colegas de trabalho, como as principais agressoras, relacionaram que quanto menor o salário e o tempo de formação, maior é a vulnerabilidade das enfermeiras quanto a esse tipo de violência (BARBOSA et al, 2011).

...é que os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes instintivos deve-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade (FREUD, 1930, p. 116).

O problema da violência nas relações entre as pessoas assumiu tamanha magnitude que foi considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um problema de saúde pública. Assim sendo, a OMS define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (OMS, 1996).

Ainda segundo a OMS (2005) a violência pode ser categorizada de acordo com quem a comete, ou seja, pode ser: violência auto dirigida, violência interpessoal e violência coletiva. Nesse documento, classifica também a natureza dos atos violentos como física, sexual, psicológica e os que envolvem privação ou negligência (OMS, 2005).

Desde a década de 20, muitos estudos estão sendo produzidos acerca do comportamento agressivo em seres humanos, nos quais é possível perceber aspectos multivariados. Uma vasta literatura traz publicações, acerca do comportamento agressivo, e apresenta teorias diversificadas, incluindo psicanalítica, etológica, sociológica, teoria de aprendizagem, e ainda inclui um banco de dados, com estudos clínicos, com subgrupos de pacientes com transtornos psiquiátricos. (MCELLISTREM, 2003).

Desenvolvendo a teoria etológica, o pesquisador Lorenz (1966) sugeriu que a agressão é inata, um instinto de luta herdado, tão significativo nos seres humanos quanto nos outros animais. Ele sustentou que a supressão de instintos agressivos, comuns entre as sociedades humanas, abre espaço para que esses instintos sejam libertados em atos de explosão da violência (BERTOLOTE, 2009).

Na visão de Freud os seres humanos possuem uma unidade agressiva desde o nascimento e, juntamente com o impulso sexual, contribui para o desenvolvimento da personalidade, e que essa unidade pode ser expressa de várias formas (FREUD, 1959).

Bandura (1996) descreveu, através de um estudo com crianças, que a agressão é um comportamento aprendido. Ele demonstrou que, ao observar outra pessoa agir de forma agressiva e obter recompensas desejáveis, ou pela aprendizagem através da experiência pessoal, as crianças podem ser ensinadas a agressão.

No que tange ao comportamento agressivo dos portadores de transtornos mentais em ambientes clínicos, uma das teorias, que leva em conta uma perspectiva sócio-psicológica, o classifica em agressão instrumental ou hostil. Na agressão instrumental o indivíduo apresenta o comportamento agressivo condicionado, ou seja, esse comportamento é aprendido no ambiente e reproduzido individualmente. Portanto, a partir dessa perspectiva, o ambiente reforça o comportamento (ARONSON, 1992).

Já a agressão hostil denota a intenção específica de prejudicar o outro indivíduo. Estímulos ambientais e interpessoais levam à raiva, medo ou frustração e podem provocar uma resposta agressiva. Ao contrário da agressão instrumental, em que dano é infligido a outra pessoa em busca de algum tipo de recompensa, a agressão hostil é um fim em si mesmo. Ou seja, na agressão hostil cada indivíduo tem diferentes limiares para a expressão da agressão, e algumas pessoas são mais sensíveis a estímulos ambientais que produzem o comportamento agressivo (KINGSBURY; LAMBERT; HENDRICKSE, 1997).

A relação entre a ocorrência de violência e a presença de um transtorno mental ainda não está totalmente elucidada. Sendo que para que essa associação seja feita, é necessário enfatizar a importância da sensatez, ao lado da capacitação técnica, para uma boa avaliação do risco de violência (ABDALLA FILHO, 2004).

Na prática clínica observa-se que pessoas agitadas e/ou agressivas podem apresentar prejuízo do *insight* relacionado à doença e juízo crítico da realidade

prejudicado. De fato, dependendo do nível de agitação elas podem apresentar risco para si e para outros, o que implica para a equipe de saúde conhecimento e destreza para o manejo dessas situações (MANTOVANI et al, 2010).

É incontestável que a experiência da equipe de saúde para o manejo do comportamento agressivo é fundamental para a redução das possibilidades de atos violentos. Nos casos em que as ações não respondem como esperado, a equipe deve estar em harmonia para avaliar e traçar novas estratégias, não perceber a situação como pessoal e não transformar o cuidado em ações punitivas (MANTOVANI et al, 2010).

Dentre as técnicas de cuidado mais descritas para o manejo da agressividade e violência encontram-se a contenção e o isolamento. Sobre elas há um consenso que sua aplicação deve ser feita de forma segura, preservando as funções vitais da pessoa (ARAÚJO et al, 2011).

Apesar de suas características repressoras, a contenção, quando aplicada de maneira humanizada com vistas à proteção do indivíduo, pode ser considerada como uma ferramenta terapêutica (PAES et al, 2009).

Deve ficar nítido para enfermagem que a abordagem à pessoa com transtorno mental é fundamental para determinar o sucesso, ou não, de determinado tratamento (KONDO; et al 2011).

Com relação à contenção, em geral a enfermagem se mostra bastante à vontade para executar o procedimento, que inicialmente parece simples, mas negligencia o registro acerca da técnica utilizada e do período de contenção (ARAÚJO et al, 2011).

1.3 O CUIDADO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

A espécie humana, assim como as outras espécies animais, mantém uma relação de cuidado desde seu nascimento, geralmente exercida pela progenitora, que garante a sobrevivência, aprendizado, independência e conseqüentemente a preservação da espécie (COLLIÈRE, 1989).

Ao longo do tempo o cuidado se organizou em dois polos que se complementam e coexistem “*cuidar para garantir a vida e cuidar para evitar a morte*” (COELHO; FONSECA, 2005).

Concomitante ao aprimoramento do cuidado médico destaca-se a presença de mulheres como suas assistentes (BORGES; SILVA, 2010). Verifica-se que a prática do cuidado surge inerente à enfermagem, uma vez que o cuidado está presente todo tempo, nas mais variadas relações, na medida em que cuidamos e somos cuidados (WALDOW, 1998, p. 21).

No entanto, além do gênero feminino algumas ocupações são, geralmente, associadas ao cuidar. As mais conhecidas são as da área da saúde. E ainda “*Há quem diga que o cuidar/cuidado é uma atividade somente do domínio da enfermagem.*” (WALDOW, 1998, p. 21).

A enfermagem acompanha a história da humanidade, de forma estruturada, representada por diferentes formas de cuidar, determinadas pelas relações sociais através dos tempos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A partir do século XIX a enfermagem adota características capitalistas, com a divisão de funções e manutenção das mulheres no processo de trabalho, com baixa qualificação e remuneração. Esse modelo definiu duas categorias que reproduziam a estrutura social da época, ou seja, as oriundas da burguesia eram preparadas para o trabalho intelectual (supervisão e ensino) as demais tinham as atribuições do trabalho manual de enfermagem (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nesse movimento surge o modelo de ensino Nightingale, que definia o cuidado como a transformação do hospital em um lugar de cura, de disciplinamento dos trabalhadores e das tarefas, sob direção médica. Ou seja, o cuidado era mais voltado para as questões ambientais como limpeza, aeração, luz e outros do que centrado no doente propriamente dito (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No campo das doenças mentais destaca-se que sempre existiram, e com elas a necessidade de cuidados que o portador de transtornos mentais exige. Desde a pré-história até o século XVIII, são registradas várias formas de cuidar dos loucos. Algumas mais brandas, como faziam os gregos, que os mantinham em espaços

abertos, com muito ar e luz, para melhorar o humor. Outras tinham caráter punitivo, pois o considerava pecador, lunático ou insano, e os cuidados incluíam sangrias, açoites, camisas de força, inanição e até acorrentamento, pois havia a crença que isso poderia expulsar os demônios do corpo (LOBO, MATTIOLLI, SANTOS, 2008).

Esse cuidado, assim como o cuidado não institucionalizado, era praticado essencialmente pelas mulheres, até o século XIX, quando a loucura passa ser reconhecida como doença e a psiquiatria uma especialidade médica (GONÇALVES; SENA, 2001).

A partir do século XIX os psiquiatras constituíram um modelo assistencial no qual o cuidado direto aos doentes era responsabilidade da enfermagem. Esses cuidados priorizavam essencialmente medidas disciplinares que objetivavam a manutenção da ordem dentro das instituições asilares (KIRSCHBAUM, 1997).

A psiquiatria, então conduzida pelos médicos psiquiatras, seguia o “*Tratamento Moral*”. Nesse modelo eles eram os ditadores do disciplinamento dos trabalhadores e das ações. Os agentes de enfermagem eram os executores de suas ordens, ou guardas, que impunham uma prática pedagógica que objetivava a mudança de conduta do doente, numa atitude de obediência e adaptação à organização asilar (KIRSCHBAUM, 1997).

As internações e tratamentos psiquiátricos passaram a ser relacionados com violência e opressão, de modo que os doentes não se envolviam no processo de cuidar que ficava sob a responsabilidade de outro. As pessoas internadas não tinham espaço para participar das decisões sobre seu próprio cuidado e tratamento (FURLAN; RIBEIRO, 2011). As atribuições da equipe de enfermagem limitavam-se à obediência dos mandos e desmandos do médico, ao espaço físico, como limpeza, luz, calor, etc.

Até a década de 30, a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica foram criadas dentro do hospício, com princípios que primavam pela disciplina, e os doentes eram internados, ou retirados da sociedade, com o objetivo de se manter a ordem pública (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

As escolas de enfermagem somente implantaram o modelo de formação Nightingale no Brasil, em meados da década de 40. E até então as pessoas que prestavam o cuidado de enfermagem eram estigmatizadas, vistas como pessoas que não se subordinavam às normas disciplinares, com baixa qualificação e consideradas até imorais (KIRSCHBAUM, 1997).

Essa condição abriu espaço para o controle médico, e sua pretensão em moralizar o cuidado em psiquiatria. Eles se apoderaram da formação desse pessoal, criavam escolas de enfermagem dentro das próprias instituições psiquiátricas ou ensinavam o trabalho na lida do dia a dia (KIRSCHBAUM, 1997).

A internação psiquiátrica passou a ser a única alternativa de tratamento, o que favorecia a cronicidade, a exclusão, a reclusão e o asilamento dos portadores de transtornos mentais (GONÇALVES; SENA, 2001).

O hospital psiquiátrico fundamentava sua assistência na tecnociência, ou seja, não priorizava o ser humano e não atingia a complexidade do sofrimento psíquico. O ser humano era tratado de acordo com seus sintomas (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Com a finalidade de refletir acerca da prática em enfermagem destaca-se que o conhecimento dos aspectos que permeiam o cuidar como a origem, a natureza, a qualidade e padrões de suas práticas são importantes e necessárias para o futuro da profissão (WALDOW, 1998).

Na atualidade, o cuidado é a principal atividade na prática da enfermagem, e os profissionais podem fazê-lo centrados na sensibilidade, na ciência e na arte, embasados em seu conhecimento (BARRA et al, 2010).

O cuidar pode ser definido como um empreendimento epistemológico que define:

... quer o enfermeiro, quer a pessoa e ainda o nível de espaço e tempo; requer estudos sérios, reflexão, ação e uma pesquisa para novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar (WATSON, 2002, p. 56).

Buscando-se uma definição para cuidar/cuidado na língua portuguesa encontra-se que cuidado é “*cautela, desvelo, inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos, atenção, feito com esmero*”. Para cuidar, “*cogitar, imaginar, refletir, trabalhar pelos interesses de alguém, preocupar-se com alguém, aplicar atenção, tratar, atender*” (ROCHA, 2004, p. 179).

Cabe, ainda, caracterizar o cuidado pelas variáveis que primam pela manutenção e continuidade da vida, ou seja, desde os cuidados de higiene e proteção até a garantia do sustento. Nesse aspecto entende-se como prática de cuidado toda aquela que oferecerá as condições para satisfação de necessidades indispensáveis à vida, objetivando a manutenção, reprodução e perpetuação dos grupos (COLLIÈRE, 1989).

Em todas as ocasiões de cuidado, a enfermagem experimenta uma dinâmica intersubjetiva entre cuidador e o ser cuidado. Nessa interação são estimulados sentimentos relacionados à intimidade, ao respeito e outras dimensões de convivência e tolerância entre os seres humanos envolvidos (BARRA et al, 2010).

Esse processo de trocas pode ser entendido como um momento de aprendizagem, no qual o cuidado deve estar vinculado tanto ao conhecimento do profissional sobre si mesmo, quanto da pessoa a ser cuidada, para ter aplicabilidade para a vida das pessoas envolvidas (CARDOSO, OLIVEIRA, LOYOLA, 2006).

Para que a enfermeira consiga desenvolver o cuidado de maneira eficaz é necessário estabelecer uma abordagem terapêutica, ou seja, é imprescindível que ela se comprometa emocionalmente com seu paciente, enquanto durar a relação de cuidado. No entanto, essa é uma posição particular de cada enfermeiro, de modo que não há como ser imposta, uma vez que para que haja o compromisso emocional cada um utiliza seus próprios recursos internos e sua capacidade de reconhecer o outro como um ser humano único (TRAVELBEE, 1979).

Na prática da enfermeira é importante haver aceitação do indivíduo da maneira como ele é e não julgá-lo por ser da forma que é. Porém a aceitação é outra condição que não pode ser imposta ou decretada, e geralmente é um processo natural. Tendemos a aceitar aqueles indivíduos que satisfazem nossas

necessidades e não ameaçam nossa autoestima. Nas relações interpessoais, *“quando a aceitação não é um processo automático, é um objetivo que é preciso alcançar”* (TRAVELBEE, 1979, p. 145).

No tocante à enfermagem psiquiátrica identifica-se que as internações psiquiátricas fazem parte do cotidiano das pessoas que alternam entre os serviços substitutivos e os hospitais. Os doentes mentais, portanto permanecem na condição de vítimas de disciplinarização, violência e privações impostas pela reclusão da internação. Os portadores de transtornos mentais e profissionais ainda se integram de maneira a valorizar a instituição manicomial, da segregação do louco perigoso e improdutivo (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Esse modelo de hospitalização da loucura estruturou paradigmas da psiquiatria clássica, e estabeleceu o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento. Fato que levou à cronicidade e exclusão dos portadores de transtornos mentais e a criação de movimento que pretendia a reflexão sobre os conhecimentos e as práticas acerca do cuidado para esses indivíduos (GONÇALVES; RIBEIRO, 2001).

O movimento de transformação, denominado Reforma Psiquiátrica, remete a enfermagem psiquiátrica atual para uma transição do cuidado hospitalar, focado na contenção, inclusive de comportamentos, para novos conceitos que permitem uma prática interdisciplinar aberta às demandas do sujeito que está sendo cuidado (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Um estudo recente investigou as práticas em um hospital psiquiátrico, que abriga internos com 30 anos de internação, e identificou que as enfermeiras ainda desenvolvem seu trabalho com valorização das práticas manicomiais e do modelo organicista. Aquelas que tentavam fazer diferente eram criticadas, uma vez que está no imaginário coletivo que o hospital é o espaço de normatizar e disciplinar o cuidado (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

A enfermagem psiquiátrica deve reorganizar seu foco de trabalho, principalmente aquele desempenhado no hospital psiquiátrico, abrindo espaço para

reflexão sobre o real trabalho desempenhado e o cuidado ético amparado pelo respeito e dignidade à pessoa com transtorno mental (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

A prática clínica exige uma capacidade de observação daquilo que acontece e que influencia nos sentimentos dos indivíduos que estão sendo cuidados, o que caracteriza um cuidado objetivo (TRAVELBEE, 1979).

Nessa perspectiva, o cuidado integral é direcionado para reconstruir o que o manicômio modificou ou destruiu: a identidade pessoal, o reconhecimento do corpo, da mente e do ambiente, o gerenciamento da própria vida e o aumento da capacidade de escolhas (DUTRA, ROCHA 2011, p. 387).

Nesse contexto é conveniente destacar que o cuidado em enfermagem psiquiátrica não está obrigatoriamente relacionado à reciprocidade. Esta é uma condição particular, seja do indivíduo, comunidade ou família. Nesse processo o profissional pode encontrar resistência ou receptividade, o que lhe possibilita *“repensar suas atitudes frente ao compromisso ético e estético do cuidar e perceber a qualidade da interação estabelecida.”* (COELHO, FONSECA, 2005, p. 215).

Esta mesma pesquisa tratou sobre o fenômeno da violência, manifestada no processo de cuidar, em que se procurou apreender a vivência tanto de profissionais de enfermagem, quanto de portadores de transtornos mentais, diante de situações de violência vividas ou presenciadas.

Diante disso, surgiu a seguinte inquietação:

- Como ocorrem episódios de agressividade nas relações de cuidado, entre equipe de enfermagem e pessoas com transtornos mentais?

3 JUSTIFICATIVA

O cuidado é a principal função do enfermeiro, e este por sua vez é o profissional que passa a maior parte do tempo com os doentes mentais nas instituições de tratamento psiquiátrico, o que torna indispensável o entendimento, e a produção de trabalhos, sobre as condições que permeiam as ocorrências de agressão no contexto do cuidado em enfermagem psiquiátrica.

Nesse contexto essa pesquisa pretende fornecer subsídios para discussão da agressividade no processo de cuidar, no contexto das internações hospitalares, bem como apresentar elementos que possam ser utilizados na prática diária de cuidado. Espera-se que grupos de estudo sejam criados e se valham dessa pesquisa, na busca por um cuidado de enfermagem qualificado para o atendimento das necessidades dos portadores de transtornos mentais.

4 OBJETIVO

- Descrever e analisar as manifestações de agressividade no processo de cuidar entre os profissionais de enfermagem e os portadores de transtornos mentais.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento desse trabalho optou-se por um estudo descritivo de abordagem qualitativa:

“de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2011, p.22-23).

A pesquisa qualitativa permite que os sujeitos - no caso os profissionais e os portadores de transtornos mentais internados no Sanatório Espírita de Uberaba (SEU) - envolvidos no processo de cuidar em psiquiatria, possam refletir sobre sua participação na ocorrência de atos agressivos. Nesse tipo de pesquisa o que as pessoas pensam e sentem com relação ao fenômeno proposto é o mais importante.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A coleta de dados foi feita no Sanatório Espírita de Uberaba (SEU), situado em Uberaba, Minas Gerais. A instituição é um hospital psiquiátrico único como referência para Uberaba e cerca de outras 60 cidades da região do Triângulo Mineiro e norte de Minas, no tratamento de doenças psiquiátricas.

A história do hospital é contada por seus mais antigos funcionários, alguns da época de seus fundadores, e por documentos do acervo do hospital, que lembram que o Sanatório Espírita de Uberaba foi inaugurado por iniciativa de uma jovem chamada Maria Modesto.

Aos 17 anos de idade D. Maria Modesto já estava casada, tinha dois, de seus seis filhos. Foi morar em Belo Horizonte para acompanhar seu esposo o Major Cravo. Na ocasião a jovem senhora apresentou uma lesão crônica em uma de suas pernas, que após a tentativa de vários tratamentos recebeu o parecer, dos médicos da época, que precisaria amputar o membro.

Como seus pais residiam em Uberaba, ela retornou para que pudesse receber cuidados. Mas seu pai era um homem muito bondoso, se compadeceu da situação da filha e, apesar de ser uma família católica, optou por tentar um tratamento espiritual de cura. Nessa época um homem chamado Eurípedes de Barsanulfo realizava trabalhos de cura, atribuídos aos espíritos, na cidade de Sacramento, Minas Gerais. E foi assim que D. Maria Modesto conheceu o tratamento que consistia em água fluidificada, uma água normal acrescida de fluidos curadores, e transferência de energia através de passes.

Contrariando as expectativas dos tratamentos médicos convencionais, poucos meses depois, sua ferida cicatrizou e ela recebeu uma orientação, supostamente do mentor espiritual de Eurípedes de Barsanulfo, que deveria abrir uma casa para cuidados de doentes mentais.

Então ela, e seus pais, começaram acolher pessoas excluídas da sociedade, como os ex-presidiários, doentes mentais, andarilhos, etc. Esse acolhimento consistia em receber as pessoas em sua própria residência e oferecer alimentos, atenção e tratamento espiritual.

Com o tempo, a casa da família já estava pequena, e o trabalho que desenvolviam alcançou a simpatia da sociedade e alguns parceiros importantes, como a Maçonaria. Esse apoio foi fundamental para que mantivessem suas atividades e adquirissem um lote, local onde ainda hoje funciona o hospital.

Após a conquista do lote, D. Maria Modesto precisava de um engenheiro que fizesse a planta para a construção da casa. No entanto, por tratar-se de uma instituição ligada à religião espírita, enfrentavam resistência por parte de alguns representantes da igreja católica, que na época exercia grande influência nas pessoas. Assim, nenhum engenheiro quis confrontar a autoridade máxima da igreja, que não queria a construção da casa e a continuidade dos trabalhos.

A dificuldade imposta pela igreja não foi impedimento para D. Maria Modesto. Ela mesma desenhou uma planta, que teria recebido através da orientação espiritual em um sonho. Curiosamente o desenho feito por D. Maria Modesto tinha o formato de uma âncora, símbolo da Maçonaria, um de seus maiores parceiros.

Iniciaram as obras, com um orçamento apertado, até que os recursos se esgotaram de vez. Ainda assim D. Maria Modesto não desistiu, e supostamente teria recebido outra orientação espiritual que aguardasse, a situação seria resolvida. Coincidentemente, ou não, chegou a Uberaba um espanhol abastado que contribuiu financeiramente com a quantia que faltava para a construção do hospital.

Nas obras de construção um pedreiro mereceu destaque por seu trabalho, foi promovido a mestre de obras e após a construção, foi convidado para ser o primeiro *enfermeiro-chefe* da instituição. Seu nome era Manoel Roberto e além de funcionário, tornou-se uma pessoa muito próxima à D. Maria Modesto, inclusive, trabalhando nas atividades mediúnicas realizadas no hospital. Essas atividades objetivavam a comunicação com os espíritos.

Uma vez construído, teve sua inauguração no dia 31 de dezembro de 1933, às 14 horas. A data foi escolhida pelo mentor espiritual da casa, Dr. Bezerra de Menezes, que determinou até o horário.

Transferiram as atividades para as novas instalações, agora conciliando a medicina convencional, praticada pela medicina, e os trabalhos mediúnicos de desobsessão e cura.

Esses trabalhos eram realizados em reuniões periódicas, que pretendiam fazer contato com espíritos que estariam prejudicando os pacientes, no sentido de ajudar ambos. A própria D. Maria Modesto servia como aparelho de comunicação para os espíritos com os encarnados, e os demais tentavam conscientizar os espíritos de sua condição desencarnada. O trabalho também incluía a transferência de energia através de passes e o oferecimento de águas fluidificadas.

Nessa época, retornava à Uberaba o jovem recém-formado médico Dr. Inácio Ferreira de Oliveira, que havia se formado no Rio de Janeiro e chegou ao Sanatório Espírita de Uberaba se dizendo “ateu convicto”. No entanto, o jovem Dr. Inácio observou que muitos dos casos que D. Maria Modesto intervia com o tratamento mediúnico, os pacientes respondiam melhor e diminuía as reinternações. Dr. Inácio viveu uma vida de dedicação à psiquiatria e ao Sanatório Espírita de Uberaba, onde foi diretor clínico por 55 anos.

Hoje o hospital passou por algumas ampliações e presta assistência bio-psico-espiritual aos seus internos. Disponibiliza aproximadamente 240 leitos, todos mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com uma média de 170 destinados às internações masculinas e 70 femininas. Em geral a instituição atende portadores de transtornos mentais em crise, bem como dependentes químicos e ainda internações por ordens judiciais, inclusive menores de idade.

Esses leitos são distribuídos em seis unidades que recebem o nome de seus fundadores e principais colaboradores. A unidade Inácio Ferreira é a única destinada exclusivamente aos leitos femininos, e é dividida em I e II. Para a internação exclusiva de homens a instituição em questão possui as unidades Maria Modesto, geralmente portadores de transtornos mais crônicos, e Henrique Castejon (HC), também dividida em I e II. E por fim, a unidade Manoel Roberto, que acolhe homens e mulheres, com quadros psiquiátricos menos confusos, ou que estejam mais dependentes ou debilitados clinicamente.

O corpo de enfermagem é constituído de cinco enfermeiros, 21 técnicos e dez auxiliares. Dois dos enfermeiros se revezam em plantões de 12 horas noturnas, um é responsável técnico e outra responsável pelo serviço de controle de infecção hospitalar, mas também contribuem com as atividades assistenciais.

Os profissionais de enfermagem cumprem uma escala de revezamento de 12x36 horas de trabalho, e são escalados de modo que fiquem dois funcionários por setor, no turno diurno e apenas um no noturno.

Duas auxiliares de enfermagem possuem cargas horárias e funções diferenciadas dos demais, pois já são aposentadas e decidiram continuar na instituição. Uma delas, com 22 anos de trabalho dedicado ao Sanatório Espírita de Uberaba (SEU), é responsável por acompanhar os internos em interconsultas, ou exames, fora do hospital, pelo salão de beleza e atividades dentro do hospital. A outra, com 36 anos de trabalho na instituição, colabora com o trabalho das unidades e auxilia os médicos em seus atendimentos. Os demais desenvolvem atividades assistenciais nas unidades.

Recentemente a gerência de enfermagem fez a contratação de quatro monitores, que exercem funções de apoio. São homens que não possuem uma qualificação específica e colaboram com a enfermagem em casos de necessidade de força física.

Além da rotina de cuidados nas unidades, os profissionais de enfermagem são responsáveis pelas atividades terapêuticas de Baile, Oficina de Cartas e Manhã de Higiene, e ainda participam como colaboradores da Assembleia.

Aos sábados, domingos e feriados a equipe de enfermagem do plantão noturno é responsável por promover o *Baile*. O objetivo da atividade é trabalhar a socialização, com a liberdade de participarem de um momento de lazer. Os *Bailes* acontecem no refeitório central, são colocadas músicas da atualidade e as pessoas dançam sozinhas ou aos pares.

Outra oficina terapêutica desenvolvida pela equipe de enfermagem é a *Manhã de Higiene*. Essa oficina acontece nas quartas feiras, pela manhã, no salão de beleza, dentro das dependências do Sanatório Espírita de Uberaba. Na *Manhã de Higiene* os internos são motivados ao auto cuidado. É um momento muito esperado pelos internos, no qual podem ter as unhas aparadas e pintadas, os cabelos pintados, cortados e escovados, entre outras atividades.

A equipe de enfermagem participa de mais oficinas, realizadas por outros profissionais da equipe interdisciplinar, como a *Assembleia*, que é uma reunião para discussão dos problemas da instituição, com os internos de todas as unidades, que acontece nas terças-feiras pela manhã.

Mantendo a proposta inicial da criação do Sanatório Espírita de Uberaba de oferecer tratamento bio-psico-espiritual, todos os dias uma equipe de voluntários realiza o *passe espírita*. A atividade é considerada como parte do tratamento, pois segundo a religião espírita o passe é a transmissão de energias benéficas pela interposição das mãos. Nesse momento os internos, que desejam o *Passe*, se dirigem ao refeitório central, onde acontece a atividade. Trata-se de um momento tranquilo e silencioso no qual as pessoas que se encontram instáveis, do ponto de vista psiquiátrico, não participam.

5.3 SUJEITOS PARTICIPANTES

Foram sujeitos participantes os profissionais de enfermagem que trabalham no Sanatório Espírita de Uberaba (SEU) e os portadores de transtornos mentais internados na instituição, que atenderam aos critérios de inclusão abaixo.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:

- Ser profissional de enfermagem nas categorias enfermeiro, técnico e auxiliar;
- Ter no mínimo 12 meses de experiência na atenção em saúde mental.

PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS:

- Estar internado no Sanatório Espírita de Uberaba (SEU);
- Estar em condições mentais de responder ao roteiro de entrevista, segundo critério de avaliação médica.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM:

- Profissionais que estejam de licença médica, ou afastamento por outro motivo.

PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS:

- Não estar em condições de responder ao roteiro de entrevista, segundo avaliação do médico psiquiatra;

5.6 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semi estruturadas individuais, de acordo com o roteiro de entrevista (APÊNDICE I). Esse método foi escolhido por considerar ser mais apropriado, quando comparado à questionários ou entrevistas fechadas, para que os sujeitos explicitassem suas ideias (FLICK, 2009).

As entrevistas ocorreram entre os meses de abril a julho de 2012, nas dependências do próprio Sanatório Espírita de Uberaba (SEU). Foram gravadas e posteriormente transcritas, na íntegra. Algumas em consultórios ou em salas mais reservadas, outras não, de modo que houve situações de interrupção, tanto de profissionais, quanto de internos. Nesses momentos a entrevista era interrompida e retomada após a resolução do problema, sem prejuízo do conteúdo ou da confidencialidade dos dados.

No momento da transcrição os nomes de pessoas ou instituições, que pudessem identificar os sujeitos, foram substituídos por códigos. A identificação dada para os enfermeiros foi a inicial “E”, para os técnicos a inicial “T”, para os auxiliares a inicial “A” e para os pacientes “P” todas seguidas de números sequenciais.

As entrevistas abertas consideram que aquilo que é gravado deve ser ponderado com outros métodos de coleta (SILVERMAN, 2009). Justamente por isso, e para excluir as possibilidades de falha na coleta, concomitantemente foi desenvolvida a observação participante, para que a pesquisadora pudesse acompanhar o trabalho e identificar comportamentos e relacionamentos cotidianos (POPE, MAYS, 2009).

Assim como outras técnicas de coleta de dados a pesquisa observacional exige um rigor para execução e registro (POPE, MAYS, 2009). Desse modo foi elaborado um roteiro de observação (APÊNDICE III), e os registros dos achados foram feitos imediatamente após a observação em um caderno de campo.

As observações foram realizadas em 23 dias alternados e em horários diferentes, de modo que foi possível acompanhar a rotina dos períodos da manhã, tarde e noite. Nessas ocasiões a pesquisadora acompanhou o horário de visitas

tanto no pátio com os visitantes, quanto nas enfermarias com os internos que não tinham visitas.

Além das visitas, a observação procedeu de acordo com o roteiro e as oficinas terapêuticas foram acompanhadas sob a responsabilidade da enfermagem, as refeições, administração de medicamentos, e convivência nas enfermarias e pátios.

A amostragem foi definida pelo processo de saturação teórica, por tratar-se de uma ferramenta que consegue estabelecer um limite para o tamanho da amostra, e determina o momento do pesquisador cessar sua coleta, por não encontrar novos dados (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008). Trata-se de um método que levou em conta o conteúdo trazido pelos entrevistados, e permitiu que a coleta se encerrasse com 12 portadores de transtornos mentais e 13 profissionais de enfermagem.

Para operacionalização do trabalho as pesquisadoras obtiveram acesso ao campo, por meio de enfermeiros da instituição já previamente sensibilizados com o trabalho.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu simultaneamente com a coleta. A técnica escolhida foi Análise de Conteúdo por ser um conjunto de técnicas que sistematiza a busca pela extração de conteúdos das mensagens emitidas e a partir disso, permite fazer inferências sobre o conhecimento já produzido sobre essas mensagens (GOMES, 2011).

Dentre as técnicas de Análise de Conteúdo, a técnica escolhida foi a Temática sob a perspectiva qualitativa, pois nela o foco do pesquisador se concentra no tema, ou seja, nos “núcleos de sentido”, que são a ideia central, e a sistematização qualitativa da aparição desses núcleos (GOMES, 2011).

Como procedimento metodológico, foi feita uma leitura exaustiva das entrevistas obtidas na coleta e destacado os aspectos centrais das falas, e através desse procedimento foi possível identificar os núcleos de sentido.

Em seguida esses núcleos foram agrupados e então estabelecidas as categorias que emergiram da análise do material. A próxima etapa consistiu em fazer inferências e analisar os achados de acordo com o referencial teórico do Cuidar/cuidado.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos e legais para pesquisas com seres humanos de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Teve a aprovação do Sanatório Espírita de Uberaba e o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o protocolo 2101/11 (ANEXO I).

Os sujeitos que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I e APÊNDICE II).

As entrevistas foram gravadas, transcritas respeitando-se os princípios da confidencialidade e os aspectos éticos de consentimento. O material ficará guardado por cinco anos e destruído após esse prazo, de acordo com a recomendação da Lei de Direitos Autorais 196/98.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa etapa do trabalho apresentam-se a caracterização dos sujeitos (Tabelas 2 e 3) e na sequência as categorias que emergiram dos dados (Tabela 1).

A primeira categoria, denominada “O cuidar em enfermagem psiquiátrica” apresenta o significado de cuidar/cuidado para os profissionais e portadores de transtornos mentais. Essa reflexão é fundamental para o aprimoramento da prática do cuidado, pois quanto mais se conhece sobre sua natureza, padrões e qualidade, melhor será para o futuro da enfermagem (WALDOW, 1998).

A segunda categoria “A agressão no cuidar” foi subdividida em três subcategorias, respectivamente; “Atitudes que caracterizam a agressão”, “Sentimentos diante da agressão” e “Consequências diante da agressão”. Nesse ponto o estudo estabeleceu as facetas relacionadas às manifestações agressivas no processo de cuidar.

Tabela 1 – Construção das categorias e das subcategorias.

ITEM	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
5.2	O CUIDAR EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA	-
5.3	A AGRESSÃO NO CUIDAR	Atitudes que caracterizam a agressão Sentimentos diante da agressão Consequências diante da agressão

FONTE: a autora (2012)

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Participaram desse estudo 26 pessoas, sendo 13 profissionais da enfermagem e 13 portadores de transtornos mentais. Dentre os Profissionais de enfermagem 9 são do sexo feminino e 4 masculino com média de idade de 41,3 anos. Na instituição pesquisada existem profissionais que apresentam muitos anos de trabalho, e quatro dos entrevistados já são aposentados e ainda continuam trabalhando.

Constata-se que alguns profissionais se dedicam ao trabalho no Sanatório Espírita, por vocação e interesse de fato, o que corrobora com o discurso dos entrevistados que afirmam se sentirem satisfeitos profissionalmente.

Agora... eu gosto do que eu faço. E pra trabalhar em Psiquiatria ou você gosta ou você não fica. E eu já tenho 15 anos. Mas eu venho aprendendo muito com eles, sabe? (A5)

Gosto! Porque aqui tem que gostar! (T5)

A mesma fala é ouvida quando os profissionais com menos tempo de experiência são questionados, no entanto em momentos de descontração, em geral estes se queixam do trabalho, da rotina e afirmam estarem aguardando uma oportunidade “*melhor*”.

Na atualidade, o modelo de trabalho voltado para os processos e focado nos resultados, muitas vezes coloca os profissionais em uma situação em que necessita se adaptar executando tarefas para as quais não foi treinado, ou não se identifica. Mas empresas bem sucedidas reconhecem nos seus recursos humanos o maior patrimônio, investem em capacitação e na qualidade de vida no trabalho (SIQUEIRA; KURCGANT, 2012). Por isso a avaliação dos níveis de satisfação dos profissionais de enfermagem é fundamental para que ele alcance seu reconhecimento através da plena competência e do desenvolvimento de um trabalho de qualidade (PAIVA; ROCHA; CARDOSO, 2011).

Os entrevistados foram questionados também com relação à sua crença religiosa, uma vez que o hospital em questão está vinculado à religião espírita, e as respostas foram católicos, espíritas e apenas uma umbandista. Até mesmo aqueles

que se dizem católicos afirmam crer nos fenômenos mediúnicos e em reencarnação. Em sua maioria esses profissionais tem o hábito de fazerem orações e participarem das ações de cuidado espiritual na instituição.

O discurso da espiritualidade, ou de temas não materiais, vem ganhando espaço cada vez mais no campo das ciências. Esse fenômeno se dá na medida em que ocorre a retomada dos valores humanos e da importância dos valores culturais da religiosidade no processo de cuidado. Levar em conta a fé e a esperança dos seres que estão sendo cuidados se torna fundamental para o enfrentamento dos agravos e recuperação da saúde (PENHA; PAES da SILVA, 2012). A seguir encontram-se as informações referentes aos profissionais de enfermagem entrevistados (TABELA 2):

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de enfermagem, de acordo com a categoria profissional, sexo, idade, o tempo de experiência e a religião.

Código	Sexo	Idade	Tempo de experiência	Religião
E1	Feminino	23	1	Espírita
E2	Masculino	31	7	Católica
T1	Masculino	31	3	Católica
T2	Feminino	29	1	Espírita
T3	Masculino	43	10	Católica
T4	Feminino	60	22	Espírita
T5	Feminino	37	7	Católica
T6	Feminino	22	1	Espírita
A1	Feminino	52	21	Espírita
A2	Feminino	47	12	Umbandista
A3	Masculino	57	32	Católica
A4	Feminino	57	40	Católica
A5	Feminino	48	15	Católica

FONTE: a autora (2012).

Além dos profissionais, nesse estudo os usuários também foram entrevistados. Dos 13 portadores de transtornos mentais, sete foram do sexo feminino e seis masculino, com idades que variaram entre 13 e 53 e média de 29,3,

dois deles residiam sozinhos e demais com familiares, apenas uma trabalha, e os aspectos avaliados encontram-se organizados na tabela abaixo (TABELA 3).

Tabela 3 – Caracterização dos portadores de transtorno mental internados no Sanatório Espírita, de acordo com o diagnóstico médico, sexo, idade, número de internações e a religião.

Código	Sexo	Idade	Diagnóstico médico	Nº de internações	Escolaridade	Profissão	Religião
P1	M	15	F19	1	7º ens. fundamental	Estudante	Católico
P2	M	27	F20.3	>10	3º ens. fundamental	Estudante	Católico
P3	M	16	F06.2 G40 F19.7	2	2º ens. fundamental	Desempregado	Espírita
P4	F	16	F70	2	2º ens. fundamental	Desempregada	Evangélica
P5	M	40	F06.2	7	Alfabetizado	Aposentado	Cristã
P6	F	31	F25	26	4º ens. fundamental	Desempregada	Indefinida
P7	F	35	F20.0	6	5º ens. fundamental	Desempregada	Católica
P8	F	25	F06.8 F70 F19.2 SIDA	> 10	Analfabeta	Aposentada	Católica
P9	F	31	F19 F20.2 F25.9	23	4º ens. fundamental	Desempregada	Católica
P10	F	53	F31.2	3	Superior completo	Funcionária Pública	Espírita
P11	M	13	F12.2	2	5º ens. fundamental	Estudante	Católico
P12	M	35	F20.0	5	2º ens. fundamental	Aposentado	Espírita
P13	F	44	F20.0	> 10	Ensino médio	Aposentada	Evangélica

FONTE: a autora (2012)

6.2 O CUIDAR EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

A indispensabilidade de uma profissão é determinada pela justificativa que seus profissionais fazem da necessidade da prestação de seus serviços e da delimitação de seu campo de atuação (COLLIÉRE, 2003).

Assim “*Até que ponto conhecemos aquilo que fazemos – o cuidar – e que interpretações terá para aqueles que recebem cuidado, para quem o realiza, enfim para a sociedade em geral?*” (WALDOW, 1998, p.20).

Encontrar um significado para o cuidar pode se tornar uma tarefa bastante complexa, na medida em que essa prática se manifesta de acordo com os padrões culturais vivenciados pelos sujeitos envolvidos. Dentre os vários construtos de cuidar/cuidado pode-se usar como exemplo:

...aceitar, assistir aos outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer para/com, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compartilhar, compreender, ter habilidade técnica, demonstrar conhecimento, segurança, valorizar o outro, ser responsável, usar silêncio, relacionar-se espiritualmente, ouvir. (WALDOW, 2001, p. 130).

Diante dessa gama de significados, conforme já foi dito anteriormente, a enfermagem encontra dificuldade em definir sua prática profissional, o cuidado. No entanto é conveniente um consenso em que o cuidado não pode seguir um modelo pré moldado, e sim deve valorizar o humano (WALDOW, 1998).

Ao tentar estabelecer um significado para cuidar/cuidado, na instituição em estudo, foi possível perceber que os profissionais de enfermagem apresentam dificuldade em traduzir um conceito em palavras, mas indica a necessidade da dedicação, de sentimentos de entrega, envolvimento e esforço para fazer o que consideram melhor em cada situação.

Ih! (risos) ... Cuidado... é... eu acho que é zelar por uma coisa, pessoa, né? Eu não sei definir isso. [...] É... uma coisa pessoal, o cuidado. (E1)

Uai, cuidar é se entregar praticamente, né? Cuidar como se fosse de você mesmo. (T6)

Ah, cuidar tem muitos *significativos*, né? É... cuidar, ele é igual um leque né? Ele abre de várias... tem vários modos de cuidar, né? (T4)

Ah menina! Isso aí é meio complicado da gente falar *né*? Mas assim, pra mim como pessoa, é se dar um pouquinho. Acho que é tentar ajudar aquele que precisa de mim. Porque na verdade a nossa profissão é uma troca. Eu aprendo com eles e eles aprendem comigo. Entendeu? É doar um pouquinho daquilo que eu sinto das minhas emoções, é tudo um pouco. (A2)

Ah... cuidar pra mim é ... *uai* é fazer o melhor ... que eu puder fazer pra, pra pessoa que tá precisando do carinho, eu acho que é isso. O que tiver ao meu alcance. (T3)

Para esses profissionais o cuidado não se direciona por um saber técnico, mas se faz aproveitando as possibilidades de cada momento e os recursos internos de cada pessoa que cuida.

Analisando-se o conteúdo respondido pelos portadores de transtornos mentais identifica-se que eles também associam o cuidado aos mesmos sentimentos dos profissionais.

Não tem que me tratar com falsidade, tem que me tratar com carinho. Não me mimar demais! Por causa que eu já sou mimada! (risos) Não vivo sem minha mãe. Dialogar mais comigo, ter mais paciência, cuidar de mim, conversar, não importar que eu fumo... (P6)

Carinho, afeto. (P5)

Cuidado, é cuidar de uma pessoa com amor, não é? (P7)

Cuidar é a gente tratar a pessoa bem, cuidar dela como se fosse um irmão. (P3)

Cuidar é amar, o resumo. (P1)

Com relação à elaboração de um construto para o cuidar/cuidado, os sujeitos envolvidos no processo concordam com os termos, inclusive utilizam aquele ensinado nas escolas de enfermagem.

No momento do cuidado cada profissional tem seu jeito próprio. Cada qual, mais ou menos comprometido, de acordo com seus próprios princípios e valores. As contradições no discurso sugerem que equipes bem intencionadas, ou envolvimento afetivo, isoladamente, não são suficientes para identificar e atender as necessidades das pessoas internadas. É necessário que esses profissionais possam ir além da

teoria sobre o cuidar, possam colocar em prática atitudes de preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

A enfermagem no Brasil recebe forte influência do técnico, com escolas de enfermagem que valorizam o ensino de técnicas e *cuidados de enfermagem*, que também podem ser chamados de *procedimentos* (WALDOW, 2001). Os profissionais de enfermagem entrevistados também consideram algumas questões práticas e fazem uma definição técnica do cuidado:

Cuidar do paciente mental? É você ter carinho com ele, cuidar das partes físicas dele, do banho, uma higiene completa. Várias coisinhas você tem que ajudar o paciente e tal. (A3)

Ai... é tomar conta. É... tipo assim, cuidados pessoais de higiene, dar atenção, dar carinho. Ah, é! Cuidar é tanta coisa, né? (T5)

É assim, alguma, alguma ... tipo um deficiente, ajudar ele no banho, na alimentação... (T1)

Uai... primeiro você tem que cuidar... então, o cuidar... você tem que cuidar... então *vamo* começar pelo banho, né? Então tá! Você vai, você dá o banho, você corta a unha se tiver grande, você corta o cabelo, você corta a barba. (T4)

... higiene. Primeiro você tem que deixar, pra você cuidar de um paciente primeiro você tem que cuidar da higiene dele, tem que ter uma boa alimentação, pra mim é isso, sabe? É começa assim, na higiene, você dá o banho, depois eles ficam bonzinho, você dá o lanche... Pra mim é isso! De higiene até a alimentação. (A5)

Portanto o cuidar deve ser pensado e realizado de acordo com cada realidade, sendo que a responsabilidade de construir sujeitos ativos, com reflexão crítica é dos cuidadores (COELHO; FONSECA, 2005). O tipo de cuidado aqui mencionado é o cuidado humano, ou seja, aquele que “*é sentido, vivido, exercitado*” (WALDOW, 2001, p. 55).

A associação do sentimento “amar” e a prática de cuidar em enfermagem pode ser conflituosa, e comprometer a delimitação do seu campo de competência. Na prática moderna, a profissão deve dedicar-se ao resgate dos valores fundamentais da profissão, para que consiga ganhar visibilidade e fazer compreender, que as práticas de cuidado em enfermagem são insubstituíveis (BORGES; SILVA, 2010).

No âmbito da enfermagem psiquiátrica, a enfermagem representa uma categoria importante no conhecimento das reações e comportamentos dos portadores de transtorno mental, uma vez que é o profissional que passa a maior parte do tempo com ele. Essa proximidade favorece uma dependência do ser que está sendo cuidado de seu cuidador. Nesse sentido o profissional de enfermagem assume os cuidados que a pessoa com transtorno mental não pode fazer por ela mesma (BRESSAN; SCATENA, 2002).

Apesar disso, em geral, os portadores de transtornos mentais que estão sendo cuidados no SEU sinalizam que precisam de:

Carinho, afeto. Nunca dá o direito de tocar sem a permissão. (P5)

Cuidado é não falar negatividade na cabeça. (P1)

Somado aos esforços da instituição, no sentido de humanizar a assistência em enfermagem psiquiátrica, percebe-se que o discurso da equipe de enfermagem acerca das necessidades de cuidado do doente mental, assemelha-se ao descrito pelos internos e reconhecem a necessidade da conversa no cuidado:

É ter mais carinho, com o paciente. É ter mais paciência, tolerância com eles, sabe? É respeitar o espaço deles, você nunca pode chegar falando alto com o paciente psicótico. (A5)

Uai, *vamo* supor, o que ela tiver precisando, *uai*. Nessa área da psiquiatria, conversar, auxiliar ao máximo, falar coisas positivas pra ela, eu acho que é isso aí. Eu acho que eles precisam mais é de diálogo sabe? (T2)

Ah, é... é uma fala diferente, é uma forma de aproximar da pessoa. Ah, num sei! Num sei explicar (risos)! Acho que é difícil! (P8)

É mais o carinho. Às vezes eu num preciso nem de cuidar assim ... da higiene. Porque às vezes eles são tão carentes que às vezes eles trocam um banho por uma palavra sua. Então é isso! Doença mental é isso! É mais isso. (A2)

Além dos sentimentos descritos, a enfermagem também aponta para a necessidade de ter paciência com os portadores de transtornos mentais:

Então, é ter paciência (risos)! Acho que a paciência é o cuidar mais precioso que tem aqui. Tem que saber lidar com eles, sabe? Entrar na deles, cuidar deles assim, porque tem uns que

não tem condição de se cuidar, entendeu? A gente tem que dar o banho, dar comida, fulano faz isso! A gente tem que ser, dá um exemplo, ser psicóloga, pai, mãe, a gente tem ser tudo pra eles! (T5)

Mas e em saúde mental? Saúde mental eu acho que é trabalhar todos os campos da... digamos assim, do... da paciência, do profissionalismo, porque o doente mental ele precisa de muito mais além de técnicas, né? Que tem que ser colocadas em práticas. (E2)

Olha a maioria, assim *pele* esse tempo que eu *tô* aqui, é paciência. Porque na maioria das vezes você tem que ter uma paciência de *Jó*. (A2)

De fato a realidade de trabalho da enfermagem psiquiátrica é árdua, permeada de improvisos, frequentemente se queixam das condições inadequadas de trabalho. No entanto essas condições poderiam servir de incentivo para o desenvolvimento da criatividade dos profissionais (MOREIRA; LOYOLA, 2011). Na instituição em questão, assim como no estudo citado, apesar do discurso humanizador, foi possível identificar na observação de campo que a enfermagem perde oportunidades de colocar em prática a conversa e a escuta, como atuantes em enfermagem psiquiátrica, ou ao menos estar perto do portador de transtorno mental.

Muitas vezes o profissional de enfermagem se queixa da sobrecarga psíquica a qual está submetido no hospital psiquiátrico, mas esquece-se de que essa está intrínseca no cuidado a esse indivíduo.

Nessa linha de argumentação é preciso destacar que ainda há uma preocupação da enfermagem em garantir que as regras sejam cumpridas, mantendo a postura custodial, que impede o portador de transtorno mental de se tornar sujeito ativo de seu cuidado (CASTRO; FUREGATO, 2008; BRESSAN, SCATENA 2002).

Porque o dependente químico, lá de fora não tem limite. Aí quando eles internam a gente tem que colocar limite. Porque o hospital tem uma norma que tem que ser cumprida. E normas e limites pra eles, eles não aceitam, aí eles são poliqueixosos, eles brigam muito, eles reclamam de tudo, sendo que aqui eles tem tudo que eles não tem lá de fora. (A5)

Porque ele tava confuso, não obedeceu ele. *Eles num obedece ordem, eles num obedece ordem...*Primeiro o funcionário pediu pra ele entrar na porta: *Vai imhora! Vai imhora!* Ele tava numa unidade e queria passar pra outra... Não obedeceu. (P2)

Em outro estudo que buscou a análise do cuidado da enfermeira em hospitais psiquiátricos os enfermeiros também apresentaram um discurso na desconstrução do modelo asilar e combate as práticas manicomiais, porém mantém as práticas convencionais (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Sobre o cuidado ao portador de transtorno mental identificou-se que há uma diferença no modo de perceber e exercer o cuidado, com relação ao tipo de transtorno:

Uma diferença que eu acho que é mais fácil cuidar do paciente mental, porque ele entende a gente, entendeu? A gente conversa com eles e eles entendem a gente, e o orientado, a pessoa que não é doente mental, por exemplo os *drogado*, eles não *respeita*. Então é mais fácil ali lidar com os esquizofrênicos, *né?* Com os *doente mental*. É mais fácil. (T3)

Mais orientado, ele sabe o que tá fazendo, *né?* Já o esquizofrênico mesmo eu acho que não é muito comum ele xingar assim. Muitos xingam, xingam mesmo sabe? (T1)

[...] então eu prefiro trabalhar com os psicóticos. Ao contrário do que eles falam o diabo não é feio quanto pintam, não! Eu prefiro! Eu acho mais fácil lidar com eles do que com os dependentes químicos. Muito difícil, eles, eu acho. (A5)

Conforme pode ser notado, a enfermagem tem dificuldade em aceitar as pessoas dependentes químicas. Em geral fazem julgamento e não conseguem estabelecer um contato afetivo.

Os profissionais de enfermagem precisam entender que cada ser cuidado é único, com alterações de comportamento, humor e emoções individuais. Deve despende seus recursos internos para a aceitação do outro e para ações de reinserção social. É necessária uma observação sistematizada, para identificar as reais necessidades dos portadores de transtornos mentais, e de fato auxiliá-lo naquilo que precisa (CASTRO; FUREGATO, 2008; OLIVEIRA; LAUS, 2011).

As relações de cuidado em enfermagem psiquiátrica se estabelecem por meio de hábitos cotidianos, pela convivência e pelos valores de cada ser que cuida. Nesse contexto, tratar a pessoa com transtorno mental com respeito e dignidade, do mesmo modo que deve ser feito com qualquer outra pessoa, é produzir condições

para que a enfermagem exerça seu papel de cuidador de fato. Somente assim é possível que a profissão alcance sua autonomia e cresça.

6.3 A AGRESSÃO NO CUIDAR

Nessa categoria os sujeitos colocam sobre a violência e sua relação com o cuidado nas relações entre os profissionais de enfermagem e os portadores de doença mental.

A violência tem se apresentado, na atualidade, de diferentes formas, em relação aos modelos comportamentais e fatores agressivos. Dessa forma se tornou um problema de interesse social, e conseqüentemente se estendeu para os profissionais de saúde no cumprimento de suas funções (ARRATIA, 2005).

No setor saúde a violência é frequentemente reproduzida e se tornou um problema para a qualidade da assistência. Ela representa um importante fator de adoecimento entre os profissionais, que ora se apresentam como vítimas e ora como agressores (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Para o entendimento do risco de uma pessoa apresentar um ato violento se deve levar em conta, o tipo de comportamento violento, porque ocorreu, quais os atores da violência, se havia envolvimento com drogas e o grau de lesão (SCOTT; RESNICK, 2006).

O consumo prévio de álcool está presente em até metade dos casos de violência, seja pelo agressor, pelo agredido ou ambos. As drogas estimulantes, como cocaína, crack e anfetaminas, com seus efeitos de desinibição e grandiosidade, são responsáveis por tornarem as mulheres vítimas da violência e os homens, agressores (SCOTT; RESNICK, 2006).

O álcool, o paciente interna, aí o que acontece? O álcool... o organismo dele sente a falta do álcool. Aí o que acontece? Eles ficam com abstinência! Eles começam a ver bichos, começam a delirar, sabe? Começa a brigar, começa a quebrar os trem... (A5)

Geralmente quando eles *tão* na abstinência, eles ficam sim eufóricos, agitados, assim de andar de um lado pro outro, sabe? (A2)

Ainda na análise do risco de uma pessoa se tornar violenta um estudo considerou que até mesmo a história de atuação profissional deve ser levada em conta, pois pessoas que foram demitidas podem ser seis vezes mais violentas que seus pares que trabalham (CATALANO et al, 1993).

No sentido de ampliar o entendimento da violência é relevante se estabelecer uma tipologia e classificação da violência o que traz importante contribuição para se tentar compreender os padrões em que ela acontece no mundo, no cotidiano de famílias, comunidades ou em ambientes como os de atendimento a saúde (OMS, 2002).

A violência pode ser tipificada como violência auto infligida, interpessoal e coletiva, e classificada ainda quanto à sua natureza (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

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

A violência interpessoal ou hetero violência é aquela que pode ser cometida dentro do convívio familiar, por pessoas próximas, ou na comunidade, por pessoas que podem, ou não, se conhecer. Inclui-se aqui violência sexual cometida por estranhos nas ruas, em escolas, nos asilos, em locais de trabalho, entre outros (OMS, 2002; DAHLBERG, KRUG, 2007).

Conforme a natureza a violência pode ser classificada em: atos físicos, sexuais, psicológicos e privações ou negligência (OMS, 2002).

Apesar de ser um problema multifatorial, histórica e culturalmente, a violência ainda está fortemente vinculada à presença de um transtorno mental. Em geral, o portador de transtorno mental evoca nas pessoas o sentimento de que cometerá um ato impensado e muito ruim (BERTOLOTE, 2009). O estigma de violento e perigoso, atribuído ao portador de transtorno mental marca a pessoa como uma cicatriz o que lhe faz parecer ser diferente das outras, em situação de desvantagem e

desqualificada pela sociedade, o que também pode ser considerada uma forma de agressão contra ela.

Esse estigma vem sendo construído, e aumentado, ao longo dos anos apesar de ter havido uma melhora na divulgação das informações a respeito da doença mental (TORREY, 2011).

Às vezes é cultura nossa. É cultura. Isso é desde criancinha, eu tenho certeza que a sua mãe te falou, a sua também (referindo-se à acadêmica que acompanhava a entrevista) e a minha também falava. As vezes quando você era criança que você ia na rua, o que sua mãe falava? *Oh, entra que o doido vai te pegar! Não fala?* (A5)

Eles *chama nós* de drogado, joga na cara que *nóis* é drogado. A gente tá aqui pra tratar, num tá aqui pra ficar ouvindo esse tipo de coisa. Porque *nóis* sai lá fora é pior ainda Apesar que a palavra dos pacientes aqui não vale nada. Achei até bão essa oportunidade de poder falar aqui. Porque o dia que eu liguei pra polícia, nem a polícia queria me ouvir. (P1)

Um portador de transtorno mental pode de fato apresentar comportamentos agressivos que estão associados aos processos mentais desorganizados (SADOCK; SADOCK, 2007). Esse comportamento é fortemente relacionado à atividade do lobo frontal do cérebro, o que indica que à medida que o tratamento é instituído, para minimizar os efeitos psicóticos, o comportamento violento tende a reduzir também (KRAKOWSKI; CZOBOR, 1997; TORREY, 2011).

A epilepsia também é comumente vinculada ao comportamento violento, agravando o estigma social relacionado à epilepsia. No entanto é necessário que sejam considerados o estado mental do indivíduo e seu contexto social, para que não seja feita uma associação equivocada de um mau comportamento durante as convulsões, ou o estado pós-ictal, como intencionalmente violento (MARSH, KRAUSS, 2000).

6.3.1 As atitudes que caracterizam a agressão

A extensão da violência em ambientes de cuidado à saúde é motivo de grande preocupação em todo mundo. É considerada uma questão fundamental para a enfermagem, pois esses profissionais representam o grupo com mais relatos de sofrer violência no ambiente de trabalho (NOLAN et al. 2001).

Para se ter uma dimensão do problema, em um estudo realizado na Austrália, no ano de 1997, pessoas que trabalhavam como seguranças oficiais ou mesmo guardas, em empresas, sofriam menos violência (18%) que a equipe de enfermagem no atendimento hospitais gerais ou home care (41%)(NEWHOUSE, 1997).

Na análise daqueles profissionais que acompanharam a evolução do cuidado em enfermagem psiquiátrica, de modo geral, houve melhora da ocorrência da violência no contexto hospitalar quando comparada com a rotina do tempo dos “horrores da loucura”.

Não, hoje em dia mudou muito. Hoje em dia essa agressão quase não existe mais, né? Não tem mais essa agressão, você vê que os pacientes vêm pra cá, pode ser que tá confuso, que tá deprimido e tudo, mas é muito difícil acontecer uma agressão. (A4)

Tais mudanças no cuidado em enfermagem psiquiátrica traduzem os esforços dos profissionais da área, através da Luta Anti Manicomial, para reinserir o portador de transtorno mental na sociedade e devolve-lo a cidadania negada por tanto tempo (SADIGURSKY; TAVARES 1998).

O fato de ter havido melhoras no cuidado em enfermagem psiquiátrica, com relação a violência manifestada pela agressividade, não significa que atualmente o problema esteja resolvido. As agressões ainda são presentes na rotina de cuidados, dos 13 profissionais de enfermagem, 11 deles afirmaram já ter sofrido agressões.

Durante o cuidado, a violência, manifestada pela agressividade, pode ocorrer de várias formas, e foi definida pela enfermagem como física e verbal. A agressão verbal não possui, muitas vezes, uma causa aceitável, e a agressão física parece não ter um fator desencadeante claro e específico (NEWHOUSE, 1997).

Ah quando eles estão na crise deles, *né?* Eles costumam agredir, sim. É... com... soco, murro... (T1)

Eu considero agressividade tudo que ofende na forma de integridade física ou verbal. Algo que você pode falar assim, um xingamento, uma ofensa, eu considero uma agressividade. Tudo que se entende por ofensivo, tanto físico quanto verbal. (E2)

Agressão é aquele paciente que, é... briga com os outros pacientes, ele chega assim já começa a discutir, bate nos outros pacientes, agride a gente, chega até nós, até mesmo dá tapa no rosto da gente, empurra, briga mesmo! (A1)

Agressão pra mim é a partir do momento que eles partem pra cima da gente, porque eles vêm pra cima mesmo! (T2)

Agressão é... pode ser física, verbal... (E1)

Entretanto existe uma linha tênue dividindo a violência entre um tipo e outro, a qual nem sempre é evidente e permite essa diferenciação (DAHLBERG, KRUG, 2007). Além disso, a classificação da violência não dá alcance ao que se propõe, mediante toda a complexidade do fenômeno, que é permeado por preconceitos e pensamentos de senso comum que invariavelmente o acompanham (MINAYO; SOUZA, 1997).

Quando solicitado que descrevessem as ocorrências dessas manifestações os profissionais de enfermagem relataram ter sofrido graves episódios de violência física:

(Risos) *Uai* do nada o paciente veio pra... eu fui ajudar a moça da limpeza levar as roupas, que tava difícil o carrinho que ficou preso no buraco, aí ela veio assim por traz e eu achei que ela tava brincando, mas aí eu vi que ela começou a apertar meu pescoço, aí foi *onde* eu falei que se eu jogasse ela pra diretita não ia ter jeito. Então eu *joguei ela* pra direita, esquerda, quer dizer foi eu e ela pro chão, *né?* Eu tinha que dar um jeito de alguma coisa ali, *né?* Aí veio o pessoal e tudo, aí eu tentei sair, e ela me deu um chute na barriga e aí *zerou* tudo (referindo-se a um abortamento provocado pelo chute na barriga). (T2)

E a menina foi pra debaixo da cama. Aí a minha parceira que tava trabalhando comigo foi lá no quarto. E a (*paciente*) subiu em cima dessa minha colega, encostou minha colega na parede e começou. Aí eu cheguei pelas costas, tirei ela: *Paciente!* Gritei. Aí a (*paciente*) veio pra cima de mim, pegou esse meu dedo aqui (*polegar*) e mordeu. Nela morder, menina, eu pensei, *Eu tenho que puxar o quanto der pra soltar!* Eu fiquei sem, eu pensei que tinha

arrancado meu dedo! Aí eu falei o jeito de tentar tirar meu dedo da boca dela *foi* os olhos. Eu enfiei o dedo no olho dela, aí ela tirou... Perdi a unha (risos)! (T5)

Além da violência verbal e física a violência no trabalho também pode ser caracterizada por situações nas quais os trabalhadores sofrem abusos, ameaças ou ataques em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Ele é um, ele ameaça a gente, outra coisa, ameaça que vai sair! Que vai matar! Que vai fazer! Aí isso a gente fica até ruim sabe? A gente não sabe! (E1)

Os trabalhadores de enfermagem entrevistados percebem que o seu ambiente de trabalho é hostil e por vezes até perigoso:

... dependendo do caso, se não tiver alguém por perto até ocorrer uma morte aí. Eu já rodei no chão com eles aí (risos). (T2)

Outro aspecto a ser considerado é que, mesmo havendo no imaginário social o conceito fortalecido de que o portador de transtorno mental é violento, sujeito a cometer atos de violência gratuitos, em geral, o que se observa é o desferir de atos violentos contra si, e não contra os outros (CHOE; TEPLIN; ABRAM 2008).

A auto agressão também apareceu no discurso dos entrevistados. Em uma análise superficial esse tipo de comportamento pode não ser do domínio da enfermagem, uma vez que o indivíduo atenta contra si próprio. Porém se a enfermagem não se apropria de resguardar os portadores de transtornos mentais nessas situações, ele ficará sujeito a uma violência que pode leva-lo ao óbito, conforme descrito abaixo:

Um dia, *há* muitos anos *atrás*, que eu trabalhava à noite, aí tinha uma paciente que, [...] que tava tentando suicidar. *Não Tia (Auxiliar de Enfermagem)!* Deixa eu ir pro quarto! *Deixa eu ir pro quarto!* Aí eu *deixei ela* ir pro quarto em frente ao posto de enfermagem, e fui ao banheiro, *né?* Falei pra minha colega assim: *Oh eu vou ao banheiro!* E fui, e ela ficou olhando. Quando eu voltei, eu falei: *Cadê a paciente?* Que eu olho pra cima, ela dependurada lá em cima! Subi lá! Menina, *desamarrei ela*, caiu nós duas! Ela já tinha ido à óbito. Porque é rápido, *né?* (A1)

Durante a coleta de dados, foi possível acompanhar situações nas quais os portadores de transtornos mentais se autoagrediram.

Foi identificado que o comportamento da equipe de enfermagem no enfrentamento dessas situações é variável e está diretamente relacionado a valores e princípios individuais.

O fato é que o portador de transtorno mental que apresenta comportamento violento, manifestado pela agressividade representa um desafio para a equipe de enfermagem que presta seus cuidados (MONTEIRO; SOUSA, 2004). E no processo de cuidar podem ocorrer situações adversas que contribuem para a ocorrência de violência no ambiente hospitalar, como apontado pelos entrevistados:

Porque essa paciente ela vê você assim como um bicho, entendeu? Ela olha pra você, ela te imagina um bicho, ou uma outra pessoa conhecida que fez mal pra ela. (T3)

Talvez por isso, ele tá contrariado, ou estar fechado, ou a medicação está fraca. É como eu comentei, ou está fechado dentro de um ambiente desconhecido. (A3)

Não eu acho que... pelo... assim o primeiro, a pessoa do chute na clavícula, foi porque tava em crise mesmo. Chegou não tava medicado, tava sem tomar a medicação em casa, tava agressivo, agitado. (T1)

É da condição mental dela mesmo. É porque eu acho que, eu tenho a impressão que quando eles internam, ainda mais quando eles internam meio assim... bem agressivo assim ... Ela não tava tomando remédio, quando eles internam *eles não tá* fazendo uso da medicação. (T4)

A falta da medicação, ou seu uso incorreto, fora do ambiente do hospital, aparecem como fatores importantes apontados pelos profissionais de enfermagem para a ocorrência da violência. O que pode ser observado no momento das interações.

Já a motivação apontada pelos portadores de transtornos mentais para as agressões cometidas pela equipe de enfermagem, estão relacionadas às características pessoais da formação do caráter de cada um:

Porque ele é muito safado. (P3)

Contra o (*técnico de enfermagem*), porque o (*técnico de enfermagem*) é travesti. (P5)

O cara mais chato que tem é o (*técnico de enfermagem*). (P1)

É notório que em alguns casos os portadores de transtornos mentais se fazem valer da imputabilidade, conferida pelo hospital psiquiátrico e também desse estigma, que já carregam, para cometer atos de violência contra a enfermagem.

Na fala de P4 é possível perceber que inicialmente quando ela falava do episódio, apresentava certa irreverência, talvez pueril, mas que ao notar o interesse e disponibilidade da entrevistadora em ouvi-la foi mexendo com seus sentimentos o que aflorou arrependimento, tristeza pela falta de opções em sua vida e outros.

Eu ééé... ai... eu peguei o enfermeiro e... Eu joguei ele longe. (*ri timidamente*) (P4)

Eu vô chorar... Quero fazer *mais naum!* (P4)

Em determinados momentos a atitude agressiva dos portadores de transtornos mentais pode não ser uma manifestação de raiva, e sim a maneira que ele conhece de expressar sentimentos como mágoa, insegurança, medo ou revolta (GONÇALVEZ da SILVA, 2011).

A violência praticada pelo portador de transtorno mental é mais inferida, do que efetivamente realizada, de modo que o preconceito e o medo são muito maiores que a violência em si (GONÇALVEZ da SILVA, 2011).

Esse ponto de vista reforça o argumento que o estigma existente no imaginário dos profissionais, relacionado à violência do portador de transtorno mental, deve ser desfeito. A forma de pensar e agir dos profissionais influencia diretamente nas atitudes dos portadores de transtornos mentais, então a interação desses sujeitos deve ser reelaborada (MONTEIRO, SOUSA, 2004).

Importante, ao avaliar um caso de violência contra profissionais de saúde, é considerar a qualificação profissional para a previsão dos atos agressivos, pois a literatura aponta que os profissionais menos experientes são os mais atingidos por investidas do paciente violento (ANTONIUS *et al.*, 2010).

Aí eu morria de medo, mas eu era bem mais nova. Hoje não! Hoje eu já tô com 60 anos, então você já... (T4)

Aí depois eu fui ficando mais esperta, *cê* vai conhecendo os pacientes, sabe? Aí com o tempo que a gente tem aqui você já fala, hoje é um dia que não dá nem pra chegar perto. Aí você já conhece. (T6)

É (risos). Até que ultimamente eu não ando apanhando mais não. Mas já apanhei, no começo, né? Mas quando a gente é assim, a gente vai aprendendo como que lida. A hora que vê que tá vindo pro nosso lado, você já sai do rumo. Sabe que você vai aprendendo a lidar com esse povo. (T5)

A experiência da equipe é inversamente proporcional à ocorrência de atos violentos, ou seja, quanto mais experiente a equipe, menor são as ocorrências de atos violentos de modo que a equipe deve adequar seu comportamento na prevenção dos agravos (MANTOVANI et al, 2010).

Estudo de caso, realizado sobre paciente com esquizofrenia com histórico de agressividade, uso de álcool e outras drogas, auto e hetero agressividade, mostrou baixa tolerância à frustração, entre outros diagnósticos. Com o intuito de discutir a previsão de violência foi apresentado e discutido o despreparo para o atendimento a esse tipo de situação e dificuldade da equipe em prever esse tipo de comportamento do paciente (ANTONIUS *et al.*, 2010). Os relatos a seguir concordam com os achados no estudo citado:

Porque o paciente exigia eu fazer uma coisa, e eu não soube lidar com aquele movimento dele e ele me empurrou. Tem pouco tempo! ... Depois de aposentado! Não soube lidar com o jeito dele, fui medir força com ele, não compensa! Não me agrediu fisicamente, tentou me agredir e eu segurei, o outro chegou e *seguramos ele*. (A3)

Bom eu fui chamar ele de manhã pra tomar banho. Aí eu chamei: *Vamo toma banho! Encostei nele*. Aí ele pegou já levantou e POH! Na minha boca já (risos)... é porque eu acho que se sentiu incomodado, eu acho, de eu tentar acordar ele. (T1)

Outro estudo identificou que a violência que parte do portador de transtorno mental pode acontecer em decorrência dele se sentir acuado, ou forçado a fazer algo que não queria e conseqüentemente querer se defender. Corroborando ao descrito na literatura, a rispidez por parte da enfermagem no trato com os portadores de transtornos mentais e o impedimento de fugas também foi motivo de reação (GONÇALVEZ da SILVA, 2011).

Tem uns dois meses atrás, eu fui abordar um paciente, que tava muito confuso demais, que é o (*portador de transtorno mental*), eu ia saindo da porta do *HCI* e na hora que eu ia saindo ele veio com tudo. Pra ele não *sair pra fora* eu fui abordar ele com a mão, pra empurrar ele pra dentro. E nisso eu torci a mão, foi acidente de trabalho. (T3)

Até mesmo aqueles que não foram agredidos acreditam que a maneira de lidar com os portadores de transtornos mentais favoreceu para que não fossem vítimas de violência. Para esses profissionais a agressividade é um comportamento previsível e evitável:

Não, comigo graças à Deus não. Não sei se é porque meu tamanho interfere muito, ou o modo como eu converso com eles, até hoje, doze anos de casa, eu nunca fui agredida. (A2)

Já vi profissionais serem agredidos, mas porque fizeram uma abordagem mais agressiva com o paciente também. (E2)

A questão da previsibilidade é reforçada nas falas de P7 e P4. P7 relata a ocasião em que foi repreendida rispidamente num momento em que se encontrava agitada, e acabou por causar uma fratura no nariz de uma profissional e P4 refere-se ao dia em que queria ir embora, pois estava farta da internação compulsória:

Não, ela num segurou pelo braço *naum*. Ela falou assim, *cê num vai imbora* ainda porque num tá pronta sua *arta (alta)*. Aí eu fiquei nervosa e *vancei* nela. É porque eu sofro raiva. (P7)

Tava querendo ir embora! Aí todo mundo falava que não podia. Aí... aí eu fiquei brava... O enfermeiro foi me segurar pra me por pra dentro... (P4)

Diante dos fatos ressalta-se que a enfermagem deve se atentar para indícios de comportamentos agressivos, uma vez que essa atitude tende a prevenir a violência e as consequências geradas por ela (NEWHOUSE, 1997; ANTONIUS *et al.*, 2010).

Quando se analisa a violência advinda de um paciente com transtorno mental, há que se avaliar que o cuidado prestado pode ser entendido pelo paciente como uma forma de ameaça e é em resposta a essa ameaça que a violência contra o profissional, que o atende, acontece (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Já (*AGREDI*) porque eles me agrediram. (P5)

Outra questão fundamental no tocante à prevenção da violência é a aplicação de conceitos fundamentais da boa educação e respeito ao próximo, pois em acordo com a literatura foi identificado que há uma contradição entre o que é dito e o que é feito na prática hospitalar. Apesar do discurso de atendimento terapêutico, percebe-se uma dificuldade em desenvolver uma atuação pautada em conhecimentos teóricos e práticos (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

O paciente trata você como você trata ele! Entendeu? Se você grita com ele, ele vai gritar mais que você. Então se você conversa, se ela tá agitada. Já aconteceu isso aqui. Eu já tirei a prova, já fiz isso. Paciente lá gritando, agitado. Aí eu cheguei: Não *peralá*. *O que tá acontecendo, mas pra que você tá gritando? Tia é porque eu tô precisando da minha roupa. Só isso? Então não precisa gritar! Eu vou lá pegar sua roupa! Pronto!*(T4)

A relação de cuidado que se estabelece entre equipe de enfermagem e portador de transtorno mental em muito se deve às atividades técnicas, teorias ou ainda às filosofias que subsidiam as práticas profissionais. No entanto, há de se convir, que existem outras motivações presentes, no processo de cuidar, que influenciam as relações humanas (TEIXEIRA, 2004).

Alguns profissionais ainda esquivam-se do seu papel de cuidar e não se posicionam como de fato deveriam, para proteger a integridade dos portadores de transtornos mentais. Mas em seu discurso, esses profissionais afirmam defender os portadores de transtornos mentais da violência:

Se eu *ver* agredindo eu vou na hora e comunico com a enfermagem. E já falei que se alguém *ver* eu fazer isso, pode fazer o mesmo... Então eu acho assim, eu me coloco no lugar deles, e não maltrato porque pode ser eu, pode ser alguém da minha família, eu não gostaria que maltratasse, então eu não vou maltratar ninguém. (A5)

Nunca presenciei não. Se eu *ver* eu falo em aberto ali, então paciente que chega assim e ... a gente tem que lidar com mais carinho com eles. (A3)

Ainda na concepção de alguns membros da equipe de enfermagem não há violência contra as pessoas internadas, uma vez que a gerência de enfermagem se posiciona duramente na punição daqueles que a cometem, mas afirmam que já houve casos:

Mas aqui não acontece porque a diretoria aqui não aceita, funcionário agredir paciente. (T3)

É justamente porque eu sou enfermeiro, e se eu vejo (risos) [...] vou ter que tomar providências. E aqui as orientações, o protocolo aqui é de violência zero aqui. Se tiver violência por parte de funcionário, dá justa causa. (E2)

Olha há anos atrás. Isso deve ter uns 5 ou 6 anos e um colega, parece que pegou um paciente lá em cima (se referindo ao HCII) e bateu com toalha. Toalha molhada. (A2)

Ah... teve um caso que eu lembro, aqui no sanatório, mas que faz muito tempo. Porque se for técnico de enfermagem aqui é demitido, mas não se sabe ao certo se realmente ela fez... A (paciente) levantou de manhã com o dedo doendo, edemaciado e falou assim: *A Tia quebrou meu dedo!* Ela disse assim que ela foi levantar ela da cama, foi chamar ela pra tomar remédio ela puxou. E nela puxar machucou. (A1)

Jogou a chave acertou na boca do funcionário. Ele, como funcionário, porque eu acho que ele é mais doido que o paciente, foi e *espan...* bateu no paciente. Motivo banal! (A5)

Todavia, alguns profissionais de enfermagem mencionaram a existência da violência contra os pacientes de uma maneira discreta:

... Mas é lógico (risos) que funcionário que não é normal, toma um tapa e revida, né? Mas eu fico na minha, né? Calada. (T2)

Tava na hora do almoço e aí eles ficam tudo na fila. Aí o paciente não queria entrar na fila e queria passar, porque queria passar! Paciente psicótico mesmo. Queria passar, aí ele, tipo, o paciente achou que ele... Não o (*técnico de enfermagem*), que é o funcionário, o técnico, achou que ele ia agredir ele. Pegou ele de um jeito que machucou ele e: *Ai, cê me machucô! Cê me machucô!* Ele chutou ele na perna, sabe? (T5)

Alguns ainda que trabalham com amor, não é? Que *cuida* bem... não estressa, né? Mas *existe* também aqueles que trabalham por de dinheiro, né? Eles *tão* aqui mais pra pegar o salário e tudo, e não dá assim... atenção para o paciente, às vezes, não trata como eles deveriam ser tratados. (A4)

Ao se analisar a percepção do portador de transtorno mental, do sofrimento da violência, na interação com a equipe de enfermagem, durante o cuidado, percebe-se que eles também se sentem agredidos, e assim como os profissionais referem-se a agressões físicas e verbais:

Agressão é qualquer contato físico, mais forte. Ou verbalmente. Porque aqui verbalmente acontece também. Eles *chama nós* de drogado, joga na cara que *nóis* é drogado. A gente tá aqui pra tratar, num tá aqui pra ficar ouvindo esse tipo de coisa. Porque *nóis* sai lá fora é pior

ainda Porque eles aqui, uma coisa que eu acho um absurdo, eles *dexá durmindo* amarrado numa cama. (P1)

Da enfermagem o jeito de falar... a enfermagem trata bem *naum*. (P2)

As enfermeiras elas cuidam, às vezes elas perdem a paciência, sabe? Às vezes elas ficam nervosas, elas falam que não vão me dar cigarro, ou que meu cigarro acabou... Ah porque às vezes elas ficam bravas, né? Às vezes elas falam coisas que não entendo, por exemplo agora mesmo do cigarro sabe? Por isso. (P6)

Acontece! Teve, um dia que eles me *amarrô, jogô* na minha cara que eu sou drogaticto. Que eu sou isso, que eu sou aquilo. (P1)

Porque *eles não me trata* bem. (P3)

O (paciente) tava ligando pra mãe dele lá no pátio aí o (técnico de enfermagem) foi e deu um *gogó* nele... *Gogó (e demonstrou com os braços em torno do pescoço)*. (P3)

Os portadores de transtornos mentais sentem a violência oriunda de ações de controle da enfermagem. Durante a coleta de dados, foi possível observar um momento em que uma profissional de enfermagem utilizava palavras chulas no trato com um portador de transtornos mentais e ele a repreendeu. No entanto ela e as colegas, que estavam próximas, ironizaram a atitude do rapaz e não lhe deram mais atenção. Ele, porém, saiu de perto queixoso que não gostava de “palavrões”.

...fica me ameaçando... Eles *me tranca* no pátio da TO... (P3)

...*eles prende* no PO. (Aponta em direção ao pátio da TO) (P2)

Eles trata a gente como bicho. É... dá remédio amassado pra mim, sendo que não tem necessidade. Sendo que eu tomo remédio. (P3)

Nos relatos acima e na observação das relações de cuidado entre a enfermagem e os portadores de transtornos mentais identifica-se que os profissionais de enfermagem atendem as demandas dos internos de maneira objetiva e impessoal e priorizam as ações de controle. Assim como em outro estudo realizado no interior de São Paulo que demonstrou que a enfermagem ainda se preocupa em manter seu posto de vigia das situações avessas como as fugas, tentativas de suicídio ou auto e heteroagressão, pois elas podem configurar perda de seu domínio (CASTRO; FUREGATO, 2008).

Eles alteram, você *dana* com eles, entendeu? Dentro do respeito e eles te respeitam. À partir do momento que você pega amizade com o esquizofrênico *eles te respeita*. Respeita, é tipo assim, pai e filho, entendeu? Você impõe, você educa e eles respeitam você. Já os orientados, os drogados não, eles não tem limites. (T3)

Ainda no tocante às agressões contra os portadores de transtornos mentais identifica-se a discriminação, por características pessoais de cada um, é possível verificar que na prática de cuidados os portadores de transtornos são frequentemente ridicularizados.

Às vezes põe apelido, eu considero isso uma agressão também. Não tem coisa mais triste que colocar apelido. Eu não gosto! Porque por exemplo, se o paciente é magrinho: *Ah! A Olívia Palito!* Eu não gostaria, então eu faço assim, eu faço com as pessoas o que eu gostaria que fizesse comigo. (P4)

Assim, percebe-se que a violência no cuidado em psiquiatria é mútua. No entanto, o profissional de enfermagem não deve ficar exposto à violência, conformato que se trata de algo inerente às suas funções de cuidador. Assim como esse mesmo profissional deve se apropriar das determinações do seu Código de Ética profissional que estabelece, em seu artigo 19º, que é proibido aos profissionais de enfermagem “*provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência*” (COFEN, 2007). Apesar disso foram observadas e identificadas situações nas quais a enfermagem esquiva-se de proteger o portador de transtorno mental, deixando-o vulnerável a sofrer violência:

E esse negócio de mulher com mulher, eu sou mulher, eu gosto de homem! Eu não sou... Me sinto culpada, agredida, ferida, dói muito! (P6)

É. Ela *tava* lá embaixo, ele *chamou ela*, e ela assim na bobeira, foi. Aí ela falou assim que a hora que chegou lá, ele falou pra ela, assim pros dois *fazer* o ato. Ela não quis aí ele rasgou as roupas do corpo dela, *estuprou ela* na violência, à força. (T5)

A enfermagem psiquiátrica deveria se ocupar da reinserção psicossocial, através de ações terapêuticas e dispositivos de assistência que favorecessem o trabalho. No entanto, não há um modelo de atenção que oriente essas práticas, o que abre espaço para que a atuação da enfermagem se desenvolva de acordo com o processo de trabalho das instituições (KIRSCHBAUM; PAULA, 2002).

Na instituição em questão, recentemente foram contratados colaboradores para a função de “monitor”. A supervisão de enfermagem do hospital acredita que a criação desse cargo conseguirá suprir uma carência do mercado de trabalho de técnicos de enfermagem, do sexo masculino. Esses profissionais não desenvolvem qualquer técnica, mas colaboram nos momentos de tensão, nos quais é necessária força física.

A presença desses homens em alguns momentos inibe as manifestações agressivas dos internos, mas em outros remete à assistência em psiquiatria aos horrores da loucura.

Primeiro o funcionário pediu pra ele entrar na porta: *Vai imbora! Vai imbora!* Ele tava numa unidade e queria passar pra outra... Não obedeceu. Aí ele meteu o chute, depois ele ficou com dó... Ele é monitor. (P2)

Bom quando eles tentam apartar as briga, às vezes eles ficam rebelde, *né?* (P6)

Assim a violência na relação de cuidado em psiquiatria pode ser vista da mesma forma em qualquer lugar, ou seja, como um problema social, não médico ou psicológico. O fato de que algumas pessoas violentas são portadores de transtornos mentais não é tão importante, uma vez que outros fatores do cuidado também cometem violência contra eles (MORRISON, 1993).

A enfermagem deveria atuar nas 24 horas de cuidado, pensando que cada ser é único, em suas necessidades e alterações das emoções e do comportamento, de modo que possa ajudá-lo nas suas reais necessidades com vistas à reinserção social e remissão dos sintomas (CASTRO; FUREGATO, 2008).

6.3.2 Sentimentos diante da agressão

Evidentemente a interação entre enfermagem e portadores de transtornos mentais promove um processo contínuo de criação e reprodução de sentidos, o que tem implicações psicoafetivas no processo de cuidar (TEIXEIRA, 2004). Em especial quando alguém é agredido esses sentimentos ficam mais latentes:

Ahhh, fiquei meio assim, né? Fiquei meio doida! Fiquei meio passada, meio chorona (risos emocionados). Ah, mas sei lá, tinha que ser assim mesmo. (T2)

Na hora a gente fica nervoso, mas eu peguei fui embora, no dia eu nem trabalhei mais, *né?* Ah... eu fiquei com raiva na hora (risos)... mas só que aí depois fui pensar bem, tava aqui dentro, na hora não sabem nem o que eles tão fazendo. (T1)

Ah lá no fundo vem aquela coisinha ruim... *Nossa ele me xingou* (risos)! Lá no fundo, é... mas já acostumei já. No começo era mais assim, a gente assusta. Mas agora já acostumou. Brinca, assim! É, não sei! Fica triste! É do ser humano também! Por mais que é acostumado com aquela coisa, ofende. (E1)

E o funcionário que é agredido ele fica com o sentimento, ele fica... sentido, sabe? Porque é uma coisa que *cê* não pode reagir, entendeu? Aí você fica sentindo aquela coisa, agora o paciente *naum*. O paciente ele bateu ali, na mesma hora já tá te agradando de novo. Então ele não sabe o que tá fazendo, entendeu? Mas o funcionário, o funcionário fica sentido, fica com mágoa. (T3)

Bom pra quem foi agredido que, no caso somos nós profissionais, seu emocional fica totalmente abalado. Aí acabou o dia, num tem nem como você trabalhar mais. (A2)

Na primeira eu senti mal (risos). Não sei se infelizmente, ou felizmente acostumei com as outras, *né* (risos)? É porque na última que eu tomei, eu falei é o estado mental do paciente, *né?* Então eu fiquei feliz pelo fato de não ter me abalado, não me abalou. Eu falei: Isso aí é o estado mental dele! (E2)

Mal, você ... a coisa é horrível! É uma situação que você fica, você leva tanto susto, mas tanto susto é... é uma agressão assim que você não tá esperando. É... é assim, é ruim. Não é bom, assim ser agredido. Eu é raiva, não. Tem gente aqui que sente raiva, eu não é que eu sinto raiva, você fica assim, você assusta demais, aí meu coração dispara, você tá entendendo? E me dá crise de choro, eu choro! Eu não, não é sensação de raiva que te dá. Pra mim não! Tem gente aqui que já foi agredido e falou que dá vontade de pegar ele lá e assim *coisar*. Mas eu não! (T4)

Entrevistadora: O que você sentiu na hora? Muita raiva. (P3)

Eu? (4 segundos) Ah, a gente não pode falar ... eu fiquei... eu fiquei... abismado. Eu fiquei abismado. Eu fiquei assustado. (P2)

Magoada! (P4)

Apesar do estigma de pessoa violenta estar vinculada ao doente mental é importante que a enfermagem entenda que ele deve ser ouvido, e consequentemente compreendido, pois é uma pessoa que necessita de cuidados e atenção. Além disso, sentimentos como a raiva e o medo são normais em situações de crise (RODRIGUES, *et al.*, 2010). Na relação de cuidado foi identificado, nas falas de P4 e P7, que os portadores de transtornos mentais sofrem ao realizar atos de violência, e até mesmo o arrependimento faz parte da gama de sentimentos vivenciados por eles, nos momentos de crise.

Inclusive depois ela veio e: *Eu te fiz alguma coisa? Não sei o que...* Porque ela viu que eu fiquei sem graça com ela. Aí eu chamei ela no particular e falei: *Vamo conversar e tal.* Aí eu conversei e ela, aí as meninas falaram que ela matou meu bebê e aí a mulher ficou mais... (T2)

Agora pro doente eu não sei te explicar, eu não o que passa na cabeça deles, o sentimento deles, porque tem uns que ficam chateados, a gente percebe isso. Tanto é que depois até vem e te pede desculpa. Já aconteceu de um paciente me agredir verbalmente e depois que ele saiu daquele transe, ele veio me pediu desculpa e falou e que tava alterado. Então é isso aí, mais ou menos isso aí que funciona assim. (A2)

Vergonha... Eu vô chorar... Quero fazer *mais naum!* (P4)

Eu tenho pena dela até hoje, por causa disso que eu fiz com ela. Mas eu peço perdão ela, peço tudo dela e ela me desculpa, graças a Deus... Nossa senhora, tô numa dó dela, tô quase chorando aqui de desgosto. (P7)

Foi um momento de explosividade dele. Depois ele pediu desculpa. (E2)

Nesse contexto, a sensibilidade não pode estar dissociada da cognição e das ações técnicas e científicas. Aliás, esse se tornou um grande desafio, ou seja associar “o pensar, o fazer, o agir e o sentir” (TEIXEIRA, 2004, p.362). Afinal estão presentes em todos os seres humanos instintos destrutivos que dependendo de seu grau determina o comportamento das pessoas em sociedade (FREUD, 1928).

Eu acho que pelo stress! Não sei! Ou quando a pessoa já tem uma tolerância baixa, sabe? A ser ofendida, ser agredida, a pessoa já... Igual um tapa, a gente leva e tem que pensar antes de responder. É a mesma coisa verbal, eu acho. Já sai (risos) xingou recebe! (E1)

Ainda na visão psicanalítica o meio utilizado para a inibição da agressividade consiste em internaliza-la, ou seja, devolvê-la para onde ela veio, o seu próprio *ego*. Consequentemente ela passa a fazer parte de seu *superego*, e é transformada em *consciência*. Assim o indivíduo desenvolve o que é chamado *sentimento de culpa*, e passa a dominar seu perigoso desejo de agressão (FREUD, 1930). Essa visão aparece de maneira mais simples na fala de E2:

Eu acho que é uma análise que a gente faz assim, se chegar um ponto se você quiser revidar no paciente, quiser bater no paciente, então tem que ser repensado. Onde é que tá o profissionalismo, é um desgaste mental que tá tendo com o trabalho? Será que precisa de uma assistência psicológica? Não que isso tem que ser regra aqui, não eu vou entrar aqui e se eu apanhar, apanhei, não é assim não. (E2)

Então... eu vou falar do que eu vi assim, agressão. Com um paciente e um técnico de enfermagem. O técnico de enfermagem até queria sair, a pessoa parece que fica desmotivada, fica triste. (E1)

... pensei se era isso mesmo que eu queria, será que vai ser sempre assim, né? ... eu parei pra refletir e é um risco que a gente tem não é? Aí eu falei, ah vou tocar mais um tempo aí, se eu continuar mal por causa disso, aí num é meu lugar mesmo. Mas aí foi no dia mesmo. (E2)

6.3.3 Consequências diante da agressão

As agressões no processo de cuidar evidentemente são significativas pela gravidade das lesões que acarretam, sejam as físicas, morais ou psíquicas. O problema da violência, com o grande número de trabalhadores que a sofrem, mobilizou a Organização Mundial do Trabalho (OIT) e outras instituições a elaborar diretrizes para combater o medo, a humilhação e as agressões no trabalho (CEZAR; MARZIALE, 2006).

É possível perceber que, assim como na literatura, os trabalhadores de enfermagem estão expostos à violência e não estão preparados para lidar com ela (CEZAR; MARZIALE, 2006). Na instituição pesquisada os profissionais mencionam ter vivenciado lesões corporais graves e até mesmo a provocação de um abortamento em razão de ataques dos portadores de transtornos mentais, conforme relatado por T2:

Fiquei mal, né? Nessa situação, de ter perdido o bebê? (T2)

A sorte é que só deu um corte por dentro (*da boca*), deu uns pontinhos e tranquilo. (T1)

No âmbito do hospital psiquiátrico, em geral o profissional de enfermagem de nível médio, geralmente denominado “*enfermeiro*”, fica muito exposto a sofrer a violência, pois executa as atividades destinadas, e/ou supervisionadas, por outros profissionais, sejam médicos, psicólogos ou outros da equipe, além de ser o responsável por imprimir as amarras da contenção (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

É essencial que o enfermeiro assuma seu lugar e estabeleça uma relação terapêutica, na medida em que tem condições de planejar os cuidados de acordo com as demandas de cuidado de cada indivíduo. Uma vez que ele traz para si essa responsabilidade de protagonizar a prevenção da violência, conseqüentemente contribui para o bem estar de seus clientes, nesse caso específico os portadores de transtornos mentais (MOREIRA; CARVALHO, 2004; FURLAN; RIBEIRO, 2011; BARBOSA et al, 2011).

Na instituição pesquisada a equipe de enfermeiros é bastante atuante, desenvolve seu trabalho com autonomia e reconhecimento por parte dos membros

da equipe interdisciplinar e também dos usuários, em especial quando os profissionais são os protagonistas da agressão.

Porém quando são vítimas da violência os profissionais de enfermagem se sentem desamparados e desprotegidos, mencionam que recebem apoio somente quando se machucam com gravidade e precisam de avaliação médica.

Você tem que cumprir sua carga horária, não interessa seu emocional... Bom... pra quem foi agredido que, no caso somos nós profissionais, seu emocional fica totalmente abalado. Aí acabou o dia, num tem nem como você trabalhar mais. *Cadê* que chega um *procê* e fala: *Pode ir embora!* (A2)

Não, a atitude que eu tomei foi ir embora, *né?* Até porque eu *fui no* médico aquele dia, porque eu tinha machucado. (T1)

Se o funcionário machucou, problema do machucado, do funcionário. Se não foi o paciente não dá nada *naum*. (A2)

Ainda no tocante às consequências para os profissionais agressores chama a atenção o fato de muitos deles afirmarem não haver violência dessa natureza, no entanto T3 relata exatamente quais são as providências tomadas pela gerência de enfermagem na ocorrência delas.

Mas aqui não acontece porque a diretoria aqui não aceita, funcionário agredir paciente. Se caso acontece é chamado os dois. Se o paciente for no (*enfermeiro responsável técnico - RT*) que é o diretor do hospital e fala: *Oh, (enfermeiro RT) o (técnico de enfermagem) me bateu!* O (*enfermeiro RT*), busca eu e busca o paciente e busca mais testemunhas. Ele vai *angariar* o que tiver certo. E se caso a pessoa agrediu mesmo e constatou ele despede, ele manda embora. Porque aqui não aceita agredir paciente. Ainda mais paciente confuso, *né?* Ele não aceita, ele não admite isso. (T3)

Aí foi descoberto o caso e ele foi demitido por justa causa. É porque existem esses métodos que você bate e num fica marca, num fica nada, aí foi o que ele fez. (A2)

Apesar disso, em geral, as agressões não são presenciadas pelo enfermeiro, de modo que pode ocorrer que ele não tome conhecimento dela. Ou ainda, conforme já mencionado anteriormente, que ele fique subordinado à elementos que endossem a denúncia feita pelo portador de transtorno mental e subsidiem alguma conduta corretiva ou punitiva:

Já tomei conhecimento, já me chegou informações de colegas de trabalho falando, só que devido assim, questões trabalhistas, leis trabalhistas, outros processos também que já teve de funcionários aqui, a gente... não tinha como eu fazer essa abordagem ao profissional sem provas, né? E eu conversar com os colegas, vocês testemunham? Aí eu converso com ele, se vocês forem como testemunha. Ninguém quis. Então eu não posso acusar ele que ele tá agredindo paciente. Já aconteceu do próprio paciente vir e falar, então a gente chama o profissional apura o que aconteceu, ouço a versão do profissional e do paciente. Já aconteceu também da gente ter que fazer uma acareação, entre profissional e paciente. (E2)

Por tudo por causa desses *trem*, aí eles me *bate*, aí eu ligo pra polícia, porque eu fico revoltado, aí eles vai e me amarra. Invento uma desculpa pra (E1), que é a enfermeira chefe, antes de mim, porque se eu chegar primeiro que eles, *né?* (P1)

Outra condição que aparece como condição para que as ocorrências de violência, manifestada pela agressividade, sejam ou não averiguadas é a presença da família no processo da internação:

Depende do paciente. Porque se for um paciente que a família depois pode apurar as coisas, aí dá problema depois. Porque daquilo, porque teve que conter e tudo mais. Agora quando é paciente já que, transtornos mais piores né? As pessoas sabem que elas não tinha condição mesmo, né? Aí não acontece nada naum. Tranquilo depois. (A4)

Apesar que a palavra dos pacientes aqui não vale nada. Achei até *bão* essa oportunidade de poder falar aqui. Porque o dia que eu liguei pra polícia, nem a polícia queria me ouvir. (P1)

A fala de A4 mais uma vez remete o cuidado em psiquiatria aos tempos de clausura e anulação da identidade do portador de transtorno mental. Com práticas obsoletas de exclusão, privação da cidadania e violência institucional (SADIGURSKY; TAVARES, 1998).

Nas falas dos profissionais são reforçadas as considerações que se tem acerca da pessoa com transtorno mental, relacionada à agressividade com o estigma de potencialmente violento e perigoso (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Agora se o funcionário machucou o paciente, aí já dá. Aí já demissão. Às vezes eu tenho vontade de ser doente mental. (A2)

Na fala de A2 é percebido, com certa ironia, que não há consequências para o portador de transtorno mental por ter sido violento. Talvez esse comentário seja

fruto do imaginário popular que acredita no controle do portador de doença mental e punição para suas atitudes.

Contraopondo ao depoimento de A2 é descrito em estudo realizado no Paraná que a violência causada pelos portadores de transtornos mentais é entendida como um sintoma, eles agredem mediante um motivo, de modo que não deve ser punido por esses atos (GONÇALVEZ da SILVA, 2011). Ainda assim na prática assistencial é identificado que medidas como as medicações e as contenções são presentes quase que como uma reação automática aos atos de violência.

É a paciente teve que fazer uma injeção, né? Falaram com o médico, fazer uma leve contenção, pra própria segurança dela, porque ela tava querendo quebrar até vidro, imagina! Então é isso aí que aconteceu. (T2)

Entrevistadora: Por exemplo, quando você agride o que acontece com você? Eu vou ser amarrado. (P3)

Toma injeção e fica amarrada... E perde o baile... (P4)

Ai eu dei um tanto de pancada nele ai depois eu fui amarrado e acabou a história. E foi isso. (P11)

Se para os profissionais de enfermagem a contenção nada mais é que uma ferramenta utilizada no cuidar em psiquiatria, uma herança do cuidado em psiquiatria dos séculos XIX e XX, época em que os enfermeiros executavam as ações coercivas e restritivas (PAES et al, 2009), para os portadores de transtorno mental a experiência da contenção é retratada como sofrida e angustiante, e que é automática após a realização de uma ato considerado agressivo. Como um castigo por “não ter se comportado bem”.

A contenção pode ser uma ferramenta terapêutica se fizer parte do projeto terapêutico e for executada de maneira correta, conduzida pela comunicação terapêutica torna-se importante para a equipe de saúde atuar nos casos de agitação extrema e agressividade (PAES et al, 2009). Deve ser adotada como última alternativa no atendimento ao portador de transtornos mentais, de forma consciente, após esgotadas todas as outras possibilidades de assistência (BORBA, 2010; CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Entretanto, em estudos realizados em unidades de pronto atendimento o profissional de enfermagem lança mão desse artifício antecipadamente para o paciente com transtorno mental, com o intuito de evitar que ele cometa violência contra a equipe, o acompanhante ou mesmo contra si próprio (PAES, et al 2009; GONÇALVES da SILVA, 2011).

Foi possível perceber que a equipe de enfermagem abusa da contenção física e a utiliza como um meio de disciplinar os portadores de transtornos mentais.

Porque eles aqui, uma coisa que eu acho um absurdo, eles *dexá durmindó* amarrado numa cama... deixa a noite inteira amarrado, isso pra mim é uma coisa de bicho. Isso aí quem entrou aqui de um jeito vai sair pior, quem foi amarrado desse jeito. Eu fui amarrado 5 *veis*. (P1)

Durante o período de coleta de dados, foram acompanhadas situações de duas portadoras de transtornos mentais estarem contidas numa mesma enfermaria, segundo relatos da equipe, por terem misturado as medicações que seriam administradas e por outras peraltices que haviam feito. Houve também outra ocasião na qual o entrevistado P1 foi contido por ter sido acusado de provocar outros internos.

Nos procedimentos de contenção acompanhados, os portadores de transtornos mentais não apresentaram resistência física, mas tentaram argumentar sobre a necessidade da contenção. A equipe de enfermagem, com o apoio dos monitores, rebatem os argumentos dos portadores de transtornos mentais, de maneira desrespeitosa, com palavras agressivas o que acarretou insultos mútuos.

Como alternativa à contenção a equipe de enfermagem lamenta a proibição, pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), da utilização de um quarto privativo que era utilizado para monitorar o portador de transtorno mental em agitação ou agressividade.

Antigamente aqui tinha o interclínico. Aí veio o PNASH e mandou tirar o interclínico, foi a pior coisa que *eles fez*. Porque? O que você prefere? Colocar o paciente numa sala de observação com a enfermagem olhando, ou amarrar o paciente? Eles acham que amarrar o paciente é melhor que essa sala de observação. Aí mandou tirar essa sala de observação, antigamente a gente tinha, não tem mais. Eu acho terrível. (A5)

...que antigamente nós tínhamos uma sala de observação, observação clínica, né? E lá a gente *botava* o paciente até ele se acalmar. Aí como a *Vigilância Sanitária* veio e proibiu, a *Vigilância Sanitária* pediu pra tirar o interclínico, chamava interclínico essa observação, e conter o paciente até ele acalmar. (T3)

Tem uns que tem que conter, porque antigamente tinha o interclínico, fechava eles. Mas agora num pode mais. Aí agora tem que conter mesmo na cama... (T6)

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) foi criado pela Política Nacional de Saúde Mental, que visa reestruturar a assistência hospitalar psiquiátrica. Segundo o Ministério da Saúde os problemas mais comuns incluem os relacionados ao projeto terapêutico dos usuários e outros relacionados ao cuidado diretamente, como no caso de calçados, roupas, etc (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

As falas de T3 quando diz “Vigilância Sanitária” para referir-se ao PNASH e de A5 abaixo demonstram pouco conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Mental, que é vista até de certa forma preconceituosa:

Aí veio o PNASH e mandou tirar o interclínico, foi a pior coisa que *eles* fez. Porque eles são um bando de psicólogo, que... Vem um bando de psicólogo doido! (A5)

De fato a rotina de trabalho no hospital psiquiátrico é desgastante e os argumentos dos profissionais de enfermagem se justificam na medida em que a contenção pode ser considerada uma forma de agressão contra o portador de transtorno mental. Apesar disso o hospital psiquiátrico ainda está fortemente atrelado ao conceito de prisão, de perda da liberdade e um espaço onde a pessoa fique fechada evoca ao portador de transtorno mental a sensação de “cadeia”:

Aí depois que o (enfermeiro) saiu ficou pior porque eles me trancaram no *curió* lá embaixo... Na *cadeinha* lá embaixo. (P5)

Porque tem uma cama aqui. Tem um lugarzinho aqui que chama “*corrô*”, tem uma cama e *eles amarra* com lençol... Tem uma salinha ali ó, que eles entra lá pra dentro e ó, desce o cacete. Ninguém sabe disso, ninguém, só ocê que tá sabendo agora. (P1)

O fato de se manter um quarto reservado, com portas fechadas, mesmo que o portador de transtorno mental possa circular, remete o cuidado em psiquiatria ao

passado, quando práticas coercitivas e punitivas eram aceitas (MANTOVANI et al., 2010).

Como pode ser identificado, a questão da violência no contexto do cuidado é permeada por inúmeras facetas, o que torna conveniente discutir as estratégias de manejo para a violência.

É inquestionável que a necessidade da classificação do tipo da violência, que pode ser considerada uma ferramenta que permite sinalizar indicadores de saúde e nortear ações políticas e sociais, com vistas à diminuição ou controle da violência (MINAYO; SOUZA, 1997).

Apesar disso a enfermagem tende a classificar o portador de transtorno mental como violento, o que limita o cuidado prestado a contenção física e medicações (PAES, et al 2009; KONDO *et al.*, 2011). Muitos pacientes são tidos como violentos e agressivos, independentemente, de apresentar alterações psíquicas significativas o que reforça o estigma da agressividade para o portador de transtorno mental.

Então tem umas aí que internou agora, internou hoje, ontem que gosta de por a gente numa fria à toa assim sabe? (T5)

Na doença dela. Na cabeça dela, na visão dela, o inimigo dela ela te vê em outra pessoa. No entanto que ela chama a gente de outro nome. É... ela chama a gente de um nome de outro, e essa menina que ela agrediu ela chama ela de um outro nome, que eu não me lembro agora, ela acha que essa menina é a namorada do namorado dela. Do ex namorado, entendeu? Então, ela tem a visão dessa pessoa. *No entanto* que pega pra agressão. (T3)

Cabe ao profissional de enfermagem estabelecer uma relação interpessoal com comunicação eficaz, sem imposições, para que o portador de transtornos mentais não se sinta acuado, ou agredido e responda com uma agressão. Assim o enfermeiro é capaz de descrever e avaliar o efeito dos cuidados que presta (GONÇALVES da SILVA, 2011; TRAVELBEE, 1979).

É isso que eu falo! É isso que eu falo pras meninas, as outras não que já tá aqui a muito tempo já sabe, mas principalmente as novatas. Eu falo pra elas, se um paciente gritar, não grita com ele. Se ele tá gritando é porque ele quer passar a mensagem dele, ele quer aquilo ali. Só que tem que muitas vezes ele não tem paciência de falar baixo. Agora se eu for gritar,

se eu for gritar com ele, se eu for revidar, por exemplo, ele fez uma falta de educação comigo eu vou fazer outra com ele, quer dizer, o que vai gerar? Vai gerar violência! (T4)

Às vezes um diálogo assim, uma conversa ou uma coisinha podia ter resolvido, né? (A4)

Conforme apontado por T4 e A2, o ideal é que a violência seja prevenida, para que não haja os custos emocionais ou até mesmo financeiros que ela acarreta. Discernimento, controle técnico-científico e experiência profissional são importantes para uma atuação satisfatória do ponto de vista do controle da agressividade, com esses elementos o profissional é capaz de perceber e prevenir a violência. Falar educadamente com o portador de transtorno mental é uma questão de boa educação e pode representar uma importante ferramenta para não ser agredido.

Ele pediu um cigarro, um charuto. Aí eu falei: *Não tem e você não vai fumar aqui!* Aí foi onde ele agitou, se eu tivesse falado: *Não tem, amanhã nós vamos procurar, vamos ligar pra sua família!* Aí ele não ia me agredir. (A3)

Olha ..., eu acho assim já aconteceu casos de paciente chega pra um determinado funcionário e fala assim: *Enfermeiro, tem como você pegar tal coisa assim na rouparia? Vamos por o exemplo rouparia. O técnico vira e fala assim: Não posso! Procura o seu enfermeiro!* Aí aquilo já é motivo pra ele agitar. Então uma coisa simples se torna grande. Por que? Porque falta paciência às vezes. Agora se é uma coisa mais simples, tipo: *Tia a senhora vai lá na rouparia e pega um maço de cigarro pra mim, assina pra mim?* Num custa nada fazer isso. Se eu falo: *Não eu não vou! Vai atrás do seu enfermeiro!* Ele já irrita. Entendeu? Então eu acho que tem que ter aquela cumplicidade. (A2)

Uai. Você entra na onda deles, entendeu? Eles tão aqui naquele delírio, você vai e entra naquele delírio também. Você tem assim que conversar com ele, olhando no olho, sério, se tiver que mandar parar: *Para! Deixa eu te explicar!* Explica com calma, bem no olho fixo, entendeu? (T5)

A relação de cuidado pautada no diálogo permite aos indivíduos envolvidos no processo de cuidar o estabelecimento de uma comunicação terapêutica, o que leva à construção de vínculos e continuidade no cuidado (PAES et al, 2010). Quando houver manifestação de agressividade o enfermeiro deve interagir com o portador de transtorno mental para compreender os motivos que levaram a agressão, assim como acalma-lo, através da orientação verbal de tudo que será feito para que ele não entenda a abordagem da equipe como uma ameaça (MONTEIRO; SOUZA, 2004).

Utilizar-se de maneira educada para conseguir o que se deseja também é uma ferramenta utilizada pelos portadores de transtornos mentais, conforme conta o entrevistado P5:

E o (*técnico de enfermagem*) tem maltratado muito as pessoas aqui. A mim ele não maltrata porque eu trato ele bem. Eu *dô benção* pra ele (risos). Eu falo: *Oi tio, tudo bem?* (P5)

No entanto em determinados momentos pode ocorrer do portador de transtorno mental não se identificar com determinado profissional naquela abordagem. Esse profissional deve reconhecer a necessidade desse afastamento, para que outro membro da equipe, sob a supervisão e orientação do enfermeiro, estabeleça a interação com o portador de transtorno mental (MONTEIRO; SOUSA, 2004).

Bom na primeira vez que eu tomei um chute na barriga, eu me afastei do paciente, eu *tava* num lugar aberto, tinha outros profissionais do meu lado, junto comigo, então eu me afastei do paciente sem por a mão nele e os profissionais já me ajudaram. (E2)

Conforme já foi mencionado nos momentos em que o manejo verbal não alcança o esperado e esgotam-se as possibilidades de interação com o portador de transtorno mental, que apresenta agressividade e/ou agitação com risco para sua integridade física e de terceiros, se faz necessária a contenção física (AVILA *et al.*, 2002; MONTEIRO; SOUZA, 2004).

No momento de sua realização, se de fato não houver possibilidade de manejo verbal, o portador de transtorno mental deve ser orientado sobre sua necessidade e as etapas do procedimento para que ele não entenda a contenção como uma punição (CAMPELLO; ARRIBAS, 2010).

Além da comunicação terapêutica e da contenção no manejo da violência os sujeitos da pesquisa também fazem uso de medicações para conter a agressividade dos portadores de transtornos mentais. De fato a literatura esclarece que os indivíduos portadores de transtornos mentais crônicos, em geral, são dependentes de polifarmácia. O uso de medicamentos, associado a outras terapias representa um importante fator no controle e diminuição dos sintomas (CARDOSO; GALERA, 2009).

Só assim com a manha falaram: Oh calma! Eu também conversando com ele, e não foi preciso fazer nada com ele, ele já acalmou. Agora a vez que eu fui agredido por um chute, aí nos profissionais tiveram que segurar, foi necessária intervenção médica, uma prescrição e fazer o medicamento nele, porque senão... Porque quando ele entra nessas crises só terapia farmacológica, pra ele sair dela. (E2)

Primeiro a gente *vai na* conversa, se não resolver, a gente vai na questão medicamentosa. Mas primeiro a gente procura conversar, entender o que tá acontecendo pra depois medicar. Só quando a gente vê que mesmo quando você tá conversando e não tá adiantando nada a gente medica. (A2)

A utilização de agentes farmacológicos é fundamental para o manejo da violência, manifestada pela agressividade no processo de cuidar, porém a equipe de saúde deve tratar fatores situacionais também. Em estudo realizado foi possível identificar que portadores de transtornos mentais psicóticos são mais propensos a apresentar comportamento violento em resposta a níveis elevados de agitação circundante (KRAKOWSKI; CZOBOR, 1997). A influência do ambiente no comportamento também pode ser identificada no relato de P6:

E eu não quero ficar aqui com *essas mulher* gritando. [...] Parece que as colegas que não tão boa da cabeça, parece que eu entro na delas. (P6)

Lidar com o portador de transtorno pode gerar um medo provocado, provavelmente pelo estigma que esse indivíduo carrega. Em estudo realizado no Paraná, foi identificado que até mesmo o olhar desse indivíduo pode ser motivo de pavor para os profissionais de enfermagem de um pronto atendimento (GONÇALVEZ da SILVA, 2011).

É possível perceber que no hospital psiquiátrico os profissionais não têm medo de atender o paciente com transtorno mental, desde que tenha a salvaguarda de um colega da equipe, assim como apresenta a literatura. Algumas situações podem oferecer riscos para os profissionais de saúde como, por exemplo, trabalhar sozinhos no atendimento ao paciente, o que pode ocorrer com a equipe de enfermagem em determinadas situações, como no período noturno (OIT, 2002). Conforme se percebe na fala de E2, na instituição pesquisada, o enfermeiro tem a alternativa de contar com alguém para acompanhá-lo nas abordagens, a equipe

técnica, porém, nem sempre, pois nos plantões noturnos a escala de revezamento conta com apenas um profissional por setor.

Temos que sempre evitar esse ponto, então eu sempre procuro evitar, sempre fiz abordagem, nesse tipo de paciente, acompanhado. (E2)

É necessário que as instituições ofereçam condições de trabalho com número suficiente de recursos humanos e materiais, com instalação de dispositivos de segurança e que os profissionais de saúde sejam capacitados para o enfrentamento da violência manifestada pela agressividade, bem como para sua prevenção. A enfermagem pode ainda melhorar a acomodação das pessoas atendidas, e conseqüentemente seu grau de satisfação, sistematizar o registro das formas de violência e implantar um protocolo de prevenção da violência no ambiente de trabalho (PAES et al, 2009).

Outra estratégia utilizada pela enfermagem da instituição pesquisada consiste na barganha de coisas com o objetivo de conseguir realizar as ações de cuidado:

Me batia todo dia, [...] aí pra ela não me bater muito, aí eu comecei a dar as coisas pra ela, eu dava brinquedo, *hominho* (referindo-se à brinquedos de borracha)...(T5)

É às vezes um cigarro vale um HF (referindo-se à medicação). Você acalma o bicho! ... Se você dá um cigarro pra ele, dá um pacotinho de fumo então. Quando eu tô no I, aqui em baixo, as minhas armas pra quem é assim maldosa, é dar cigarro e fumo pra elas. Acha ruim quem tiver que achar: *Ah você fica dando cigarro e fumo pra elas!* (T5)

Às vezes uma coisa simples, um cigarro acalma, um copinho de refrigerante acalma. (A2)

Outro aspecto a ser considerado aqui diz respeito à utilização do tabaco como meio de acalmar os portadores de transtornos mentais. Apesar de ser uma prática comum em hospitais psiquiátricos, o hábito de fumar, tanto quanto a abstinência da nicotina interferem diretamente no humor das pessoas. Fumar também favorece para o aumento da mortalidade dos portadores de transtornos mentais, bem como diminui o efeito terapêutico e aumenta os efeitos colaterais de algumas medicações psiquiátricas (MALBERGIER; OLIVEIRA, JR, 2005)

Além de ser um mau hábito para a saúde, no Brasil, desde o dia 15 de dezembro de 2011, foi sancionada a Lei 12.546 que proíbe o uso de cigarros,

cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto fechado, privado ou público (BRASIL, 2011). De modo que se faz importante a discussão acerca da continuação do uso do tabaco nas instituições de cuidado psiquiátrico.

No processo de cuidar cada um possui uma maneira especial em lidar com o outro, porém é necessário que se haja coerência entre a equipe, com práticas focadas no portador de transtornos mentais (MOREIRA; CARVALHO, 2004). Na fala de T5 é possível perceber que o hábito de “comprar” os portadores de transtorno mental causa certo mal estar entre seus pares, uma vez que cria um sistema de comparação e preferências entre os profissionais.

Além disso, essa prática de barganhar com os portadores de transtornos mentais não consiste em uma abordagem terapêutica e não condiz com o adequado cuidado de enfermagem. Outra consideração relevante é que o profissional que a pratica fica numa condição vulnerável, principalmente quando não estiver em condições de atender aos desejos dos portadores de transtornos mentais.

Para que não haja divergência entre as condutas adotadas é importante que o enfermeiro assuma seu papel de líder e orientador da equipe e não delegue para o profissional de nível médio a abordagem ao portador de transtorno mental, uma vez que ele é maior detentor de conhecimento da equipe (MONTEIRO et al, 2004). Verifica-se que os enfermeiros se fazem presentes na averiguação dos casos de agressividade.

Aí na acareação, como a gente não tem provas, é a palavra do paciente contra a do profissional, querendo ou não, dá um efeito, o profissional, se ele agrediu realmente, que a gente não pode chegar a essa conclusão, ele vai pensar mil vezes porque ele viu que nós estamos aqui, que nós temos uma presença forte aqui. Se realmente houve uma agressão esse profissional vai pensar mil vezes antes de fazer isso de novo. (E2)

Entretanto além de averiguar os casos de violência sofrida pelos pacientes é importante que o enfermeiro promova momentos de aplicação de técnicas de sensibilização que incentivem o autoconhecimento dos membros de sua equipe. Isso pode se dar através de grupos de discussão e trocas, com retaguarda de outros membros da equipe interdisciplinar. O objetivo desses encontros é que compartilhem

conhecimento e possibilitem a avaliação de condutas, assim como o esclarecimento de questões acerca da prática cotidiana (KIRSCHBAUM; 1997; MONTEIRO et al, 2004). Conforme expressa A2 em sua fala os profissionais de nível médio estão disponíveis e gostariam que houvessem esses momentos:

... Mas às vezes existe um grande detalhe nisso aí também. A gente julga muito mas ninguém sabe o que... Aqui nesta instituição nós não temos um psicólogo, nós não temos uma pessoa que possa tá sentando com a gente e perguntando se você hoje veio trabalhar bem, num tem um grupo assim de ... como é que eu uso? (A2)

É isso! Um grupo de apoio para o funcionário, porque o funcionário também tem problema! Ele não é de ferro. Então se visa muito o paciente aqui dentro e esquece os profissionais. Então qual o profissional que *num pira*? (A2)

Através desses espaços é possível que a enfermagem concentre esforços para conseguir melhores condições de exercer sua prática de cuidado, com uma proposta assistencial de qualidade, visando a manutenção de uma proposta assistencial de qualidade (MOREIRA; CARVALHO, 2004).

O enfermeiro que atua na enfermagem psiquiátrica deve adotar uma conduta mais vigilante, atento para o desenvolvimento de uma prática de cuidados com base em conhecimentos teóricos, e que não se deixa influenciar pela dura rotina imposta pela instituição psiquiátrica. Ou seja, o enfermeiro deve se tornar de fato um agente terapêutico, que mantém a proximidade com os portadores de transtornos mentais (ALVES; OLIVEIRA, 2010).

Para recomeçar a pensar a prática da enfermagem, é recomendado que o enfermeiro e sua equipe prestem o cuidado com atitude ética pautada na moral e na deontologia. A prestação de um “cuidado digno, respeitoso, livre de estigmas, crendices e preconceitos” foca a assistência na relação de ajuda e alcança as necessidades reais dos portadores de transtornos mentais (MONTEIRO 2006).

Em síntese, é necessária a adoção do cuidado sensível, que permite a enfermagem trabalhar não só com a visão, mas com as outras modalidades, tais como o toque, o ouvir, o cheirar, a propriocepção, a intuição e o lidar com a subjetividade. É importante mudar os resíduos dos antigos modelos de saúde que

agem nos pensamentos e emoções dos profissionais e na organização das instituições (TEIXEIRA, 2004).

É esclarecedor considerar que as estratégias aqui apontadas não devem ser excludentes e sim complementares, no sentido de atender ao portador de transtorno mental de acordo com suas necessidades e não visando o que é mais cômodo para a equipe de enfermagem ou para a instituição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar no discurso dos sujeitos, tanto profissionais de enfermagem quanto portadores de transtornos mentais, e na observação do processo de cuidar que ocorrem agressões mútuas, e são manifestadas de formas e motivações diferentes. Os portadores de transtornos mentais estão mais propensos a sofrerem ameaças, autoagressão, agressões físicas e verbais, negligência e exposição a situações constrangedoras. Enquanto que os profissionais sofrem mais com as agressões físicas, verbais e ameaças.

O portador de transtorno mental continua sendo visto como uma pessoa incapaz de interagir. Essa visão o coloca em situações constrangedoras no processo de cuidar. Porém, assim como qualquer pessoa, ele não deve ser ironizado por suas características físicas, histórias de vida ou outras características. De acordo com seus relatos eles reconhecem essa conduta como uma forma de agressão.

Outra forma de violência, contra o portador de transtorno mental, manifestada no processo de cuidar é a agressão em forma de negligência, que é uma forma velada, que não imprime menos sofrimento ao agredido que as demais.

Houve a constatação que a doença mental traz consigo a perda da autonomia para se proteger da violência, uma vez que ao se sentirem agredidos ficam a mercê de ter havido testemunhas para endossar sua queixa.

A relação transtorno mental e violência está introjetada no imaginário dos profissionais de saúde, e enquanto os profissionais de enfermagem alimentam e difundem o estigma da violência relacionada ao doente mental, os próprios portadores de transtornos mentais se valem do “benefício” da imputabilidade que a loucura lhe confere. Dessa forma as manifestações agressivas que partem do portador de transtorno mental vão além de um sintoma de sua condição mental, ou seja, ele também utiliza a agressividade para alcançar seus objetivos e para reagir quando se sente agredido.

Quando o portador de transtorno mental se torna o agressor, motivado por responder a uma agressão sofrida ou pela sua condição mental, os trabalhadores de enfermagem sofrem xingamentos, ameaças e ataques que colocam sua integridade

física em risco. Em seus relatos, os profissionais entrevistados, mencionaram situações nas quais ficaram em perigo real.

No tocante ao significado das agressões no processo de cuidar, pode-se verificar que os sujeitos têm dificuldade de estabelecer uma definição para o que é cuidado. Mas profissionais de enfermagem e doentes mentais concordam que o cuidado em enfermagem psiquiátrica transcende as técnicas e procedimentos peculiares da profissão e que a doença mental exige da pessoa que cuida características próprias que incluem a percepção apurada das necessidades do outro com envolvimento emocional, carinho e principalmente respeito.

Comparado ao histórico do cuidado em psiquiatria, é inegável que o cuidado em psiquiatria melhorou, mas o fato de ter saído das condições sub-humanas do passado não significa que esteja bom. Muitas vezes os profissionais de enfermagem perdem a oportunidade de se aproximar e atender às necessidades reais de cuidado dos portadores de transtornos mentais. De modo geral as práticas ainda são as tradicionais, limitam-se ao controle medicamentoso e imposição de regras institucionais.

Um conjunto de ações contínuas e intensas para aumentar a possibilidade de mudanças desse modelo atual se faz necessário, apesar de não se constituir em tarefa fácil. Mas o esforço de executá-las se justifica, na medida em que se pensa nos benefícios que serão convertidos para os portadores de transtornos mentais, e na conseqüente valorização da prática profissional.

Apesar das agressões fazerem parte do cotidiano dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar eles não precisam e não devem se acostumar em sofrê-las. Pois como referido pelos entrevistados as agressões evocam nos agredidos sentimentos de raiva, medo e vontade de revidar o que leva a perpetração da prática da violência no cuidar.

O caminho para exercer uma prática que faça a diferença positiva na vida dos portadores de transtornos mentais é entender as relações interpessoais como fator essencial na prática de enfermagem, uma vez que o enfermeiro não exerce seu

trabalho sozinho. Para que sua principal atividade profissional aconteça, é necessário que haja receptividade e aceitação do outro.

Torna-se conveniente refletir que a coerência da política da desospitalização é inquestionável, porém a internação psiquiátrica se faz importante na medida em que os indivíduos que utilizam esse serviço, invariavelmente, revezam entre os serviços alternativos e a internação. O hospital psiquiátrico ainda é uma ferramenta importante no tratamento das crises psiquiátricas e, por isso, é necessário que as práticas de cuidado sejam revistas. Em especial para a enfermagem, que seja implementada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Esse estudo contribuiu com reflexões acerca da agressividade no processo de cuidar, no entanto não teve a pretensão de esgotar a temática, principalmente se levar em conta sua complexidade. Portanto espera-se que outros trabalhos possam ser produzidos com o escopo de conhecer os meandros da agressividade no processo de cuidar, uma vez que as agressões no processo de cuidar são mútuas e que os profissionais de enfermagem ainda exercem sua prática de acordo com valores e princípios individuais.

Acredita-se que esses outros trabalhos possam dar enfoque na identificação da capacitação das equipes de enfermagem que trabalham na atenção à saúde mental, bem como na descrição das formas de violências que ocorrem no processo de cuidar.

Por fim, considera-se como limitações para esse estudo a complexidade da temática que suscita sentimentos de raiva e em determinados momentos os entrevistados podem ter ocultado, ou melindrado a verdade.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 6, 2004.

ALVES, M.; OLIVEIRA, R.M.P. Enfermagem Psiquiátrica: Discursando o ideal e praticando o real. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 64-70, jan-mar, 2010.

ANTONIUS, D. *et al.* Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. **Am J Psychiatry**, vol. 167, 2010, p. 253–259. Disponível em: <<http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/.../167/.../25>>. Acesso em: 13 set 2012.

ARAUJO, E.M. et al . Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Out. 2011.

ARRATIA, F.A. Aspectos éticos vulnerados en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería. **Invest educ enferm**, v. 23, n. 2, p. 104-116, 2005.

ARONSON, E. **The social animal**. 6 ed. New York: Freeman, 1992.

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

BANDURA, A. Social Learning theory of aggression. In J. F. Knutson (Ed.), **Control of aggression**: Implications from basic research. Chicago: Aldine, 1966, p. 201–250.

BARBOSA, R. et al . Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Out. 2011.

BARRA, D.C.C. et al . Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, Abr. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Out. 2011.

BERTOLETE, J. M. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução? Editorial. **Rev. Bras. Psiq.** Vol. 31, Sup. II, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600001. Acesso em: 20/09/2012.

BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

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

BORGES, M.S.; SILVA, H, C.P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Out. 2011.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em 27 set. 2012.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm. Acesso em: 19 set 2012.

BRASIL. Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011. Altera a lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 dez. de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm. Acesso em: 04 out. 2012.

BRESSAN, V.R.; SCATENA, M.C.M. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 5, p. 682-9, set-out, 2002.

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

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP.** Ribeirão Preto, v. 35, n. 2, p. 141-9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07.pdf>, Acesso em: 10 set 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out 2012.

CARDOSO, T.V.M.; OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os Princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2011.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2011.

CASTRO, S.A., FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 957-65, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>. Acesso em: 25 ago 2012.

CATALANO, R. et al. Using ECA survey data to examine the effects of job layoffs on violent behavior. **Hospital & Community Psychiatry**, v. 44, p. 874-879. 1993.

CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan. 2006.

CHOE, J.Y; TEPLIN, L. A; ABRAM, K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. **ps.psychiatryonline.org**. v. 59, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/59/2/153.pdf>>. Acesso em: 25 set 2012.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar-abr. 2005.

COLLIÈRE, M.F. **Cuidar**: a primeira arte da vida. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.

COLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). BRASIL. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Conselho Federal de Enfermagem; 2007. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem_4158.html

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, Sup, p. 1163-1178, 2007.

DUTRA, V.F.D.; ROCHA, R.M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. **Rev.enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 386-91, jul/set. 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 405 p.

FONTANELLA, B.J.B., RICAS, J., TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**. 2008.

FOSTER C., BOWERS L & NIJMAN H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. **Journal of Advanced Nursing**. v.58, n.2, p. 140-149, 2007.

FREUD, S. **Civilization and its discontent**. London: Standard Edition, 1959. 300p.

FREUD, S. **Hogarth Press e Institute of Psycho-Analysis**. Nova Iorque: Cape and Smith, 1930. 144 p.

FURLAN, M.M.; RIBEIRO, C.R.O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Out. 2011.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 108 p.

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

GONÇALVES, A.M., SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p. 48-55, mar. 2001.

GUTMAN, G. Nem tanto e nem tão pouco: a relação entre homicídio e psicose. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 13, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Set. 2011.

KIMURA, A.F; MERIGUI, M.A.B. Estudo de caso. In: MERIGUI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. Cap. 3 p. 15-18.

KINGSBURY, S. J., LAMBERT, M. T., HENDRICKSE, W. A two-factor model of aggression. **Psychiatry**, v. 60, p. 224–232. 1997.

KIRSCHBAUM, D.I.R., Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 19-30, maio 1997.

KONDO *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev Esc Enferm USP**. Ribeirão Preto, vol. 45, n. 2, p. 501-507. 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342011000200028&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set 2012.

KRAKOWSKI, M.; CZOBOR, P. Violence in Psychiatric Patients: The Role of Psychosis, Frontal Lobe Impairment, and Ward Turmoil. **Comprehensive Psychiatry**, v.38, n. 4, p. 230-236, jul-ago, 1997.

LEME, M.I.S, Resolução de Conflitos Interpessoais: Interações entre Cognição e Afetividade na Cultura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n.3, p. 367-380, 2004.

LOBO, G.O.; MATTIOLLI, T.C.; SANTOS, S.A. Esquizofrenia: Perspectiva histórica e Assistência de Enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**. Catanduva. n.2, v. 2, p.192-203, jul-dez. 2008.

LORENZ K. **On Aggression**. San Diego: Harcourt Brace; 1966.

MALBERGIER, A.; OLIVEIRA, JR, H.P. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 out 2012.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2011.

MARSH, L., KRAUSS, G.L. Aggression and Violence in Patients with Epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 1, p. 160–168, 2000. Disponível em: <http://www.idealibrary.com>. Acesso em: 20 ago 2012.

MCELLISTREM, J.E. Affective and predatory violence: A bimodal classification of human aggression and violence. **Pergamon**. v. 10 p. 1–30, jun. 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 108 p.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, nov. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2012.

MONTEIRO, C.B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 735-9, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a17.pdf> Acesso em: 27/09/2012.

MONTEIRO, C.B.; SOUSA, C.C. O paciente que manifesta agressividade na internação. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 354-60, dez. 2004. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2004_vol08/2004_vol08n03DEZEMBRO.pdf. Acesso em: 27/09/2012.

MOREIRA, M.C.; CARVALHO, V. Relação de ajuda: reflexões sobre a aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 354-60, dez. 2004. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2004_vol08/2004_vol08n03DEZEMBRO.pdf. Acesso em: 27/09/2012.

MOREIRA, L. H.O.; LOYOLA, C.M.D. Internação involuntária: as implicações para a clínica da enfermagem psiquiátrica. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 3, Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Out. 2011.

MORRISON, E.F. Toward A Better Understanding of Violence in Psychiatric Settings: Debunking the Myths. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 7, n. 6, p. 328-335, dez, 1993.

NEWHOUSE, T. Occupational violence in aged care. **Rev. Safety Science**. Port Adelaide, vol. 25, n. 1-3, 1997. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VF9-3SWTPH1R&_user=687303&_coverDate=04%2F30%2F1997&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1528423789&_rerunOrigin=google&_acct=C000037779&_version=1&_urlVersion=0&_userid=687303&md5=483eef28a6f0bb4cd8fe4a8ea70d2936&searchtype=a>. Acesso em: 25 set 2012.

NOLAN, P. et al. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. **International Journal of Nursing Studies**, v. 38, p. 419-426, 2001.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-40, maio-junho. 2003.

OLIVEIRA, R.P.; LAUS, A.M. Caracterização de pacientes de unidade de internação psiquiátrica, segundo grau de dependência do cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 5, p. 1164-70, 2011. Disponível em: www.scielo.br/reeusp. Acesso em: 25 ago 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Diretrizes marco para afrontar La violencia laboral em el sector de La salud**. Genebra, 2002. Disponível em: < <http://www.icn.ch/es/pillarsprograms/workplace-violence-in-the-health-sector/>>. Acesso em: 09 ago 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Geneva, World Health Organization, 2005. Disponível em: <www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Acesso em: 15 set 2011.

PAES, M.R. et al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**; Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.479-484, out-dez. 2009.

PAES, M.R. et al. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 2, p. 309-316, abr/jun. 2010.

PAIVA, F.F.S.; ROCHA, A.M.; CARDOSO, L.D.F. Satisfação profissional entre enfermeiros que atuam na assistência domiciliar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2012.

PAIVA, I.L.; YAMAMOTO, O.H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jun. 2007.

PENHA, R.M.; PAES da SILVA, M.J. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTAL DA SAÚDE. Brasília, desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354. Acesso em: 02 out 2012.

RAO, H., et al. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. V. 16, p. 279-284, 2009.

ROCHA, R. **Minidicionário Rute Rocha**. 11 ed. São Paulo: Scipione, 2004, 675 p.

RODRIGUES, *et al.* Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas – SMAD**. Vol. 6. n. 1, 2010, p. 1-13. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80313414011>> Acesso em: 23 ago 2012.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J.L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev. latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, abril 1998.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e pesquisa clínica**. 9. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584 p.

SCOTT, C.L.; RESNICK, P.J. Violence risk assessment in persons with mental illness. **Elsevier**, Davis, v. 11, p. 598-611, mai. 2006. Disponível em: www.sciencedirect.com. Acesso em: 07/05/2012.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 376 p.

SIQUEIRA, V.T.A.; KURCGANT, P. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, Fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2012.

STILWELL, E.N.; YATES, S.E.; BRAHM, N. Violence among persons diagnosed with schizophrenia: How pharmacists can help. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v.7, n.4, p. 421–429. dez, 2011.

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

TEIXEIRA, E.R. A crítica e a sensibilidade no processo de cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 361-9, dez. 2004. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2004_vol08/2004_vol08n03DEZEMBRO.pdf. Acesso em: 27/09/2012.

TORREY, E.F. Stigma and Violence: Isn't It Time to Connect the Dots? **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 5 p. 892–896, 2011.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002, 835 p.

TRAVELBEE, J. **Intervencion en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona**. Cali: Davis; 1979.

WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma questão de semântica? **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.20-32, jan. 1998.

WALDOW, V.R. **O cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WATSON, J. Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma Teoria de Enfermagem.
Denver: Lusociência, 2002.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

1) IDENTIFICAÇÃO

Iniciais:_____ Idade:_____ sexo:_____

Tempo de experiência com paciente psiquiátrico:_____

Tempo de atuação em psiquiatria: _____

Área de atuação na psiquiatria: _____

Categoria profissional: _____

Se enfermeiro, qualificação: _____

Religião: _____

2) INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

1) O que é o cuidar para você?

Satisfação profissional
Saúde mental

2) Quais as especificidades em cuidar em saúde mental?

Definição
Agressão

3) O que é agressão para você?

Definição

4) Você já sofreu ou presenciou alguma forma de agressão no processo de cuidar? Descreva.

Dos pacientes para profissionais
Dos profissionais para os pacientes

5) Qual sua percepção sobre os episódios de agressão?

Atitudes
Sentimentos
Motivos

6) Como você reage num episódio de agressão?

Sentimentos
Consequências

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

1) IDENTIFICAÇÃO

Iniciais: _____ Idade: _____ sexo: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Arranjo

familiar: _____

Diagnóstico médico (CID-10): _____

Tempo de diagnóstico/tratamento médico: _____

Número de internações: _____

Religião: _____

2) INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

1) O que é o cuidar para você?

Necessidades
Sentimentos
Satisfação

2) Quais as especificidades em cuidar em saúde mental?

Definição
Agressão

3) O que é agressão para você?

Definição

4) Você já sofreu, presenciou ou cometeu alguma forma de agressão no processo de cuidar? Descreva.

Dos pacientes para profissionais
Dos profissionais para os pacientes

5) Qual sua percepção sobre os episódios de agressão?

Atitudes
Sentimentos
Motivos

6) Como você reage num episódio de agressão?

Sentimentos
Consequências

APÊNDICE III
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1) IDENTIFICAÇÃO

Data: _____ Hora: _____

Setor: _____

Atividade de enfermagem: _____

Categoria profissional presente: _____

2) ATIVIDADES DE ENFERMAGEM:

- Administração de medicamentos;

Via

Medicação

Procedimento

- Oferecimento de alimentação;

Tipo de refeição

- Convivência no pátio;

Sujeitos presentes

Atividade.

- Convivência nas enfermarias;

Horário

- Participação em oficinas.

Tipo de atividade;

Sujeitos presentes.

3) ASPECTOS A SEREM AVALIADOS:

- Tom de voz;
- Linguagem utilizada;
- Expressões faciais;
- Contato físico;
- Agitação psicomotora;
- Ocorrência de agressão/violência.

APÊNDICE IV
ESCLARECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar do estudo sobre o **As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais**. Após ter sido esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Leiner Resende Rodrigues pelo telefone 3318-5806, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 107 38025-440 - Uberaba-MG.

A pesquisa tem como objetivos:

- Descrever e analisar as manifestações de agressividade no processo de cuidar entre os profissionais de enfermagem e os doentes mentais.
- Descrever e analisar os significados da agressão no processo de cuidar entre profissionais de enfermagem e usuários/residentes no SEU.

É muito importante que se tenham dados sobre os episódios de agressividade no contexto de atendimento da saúde mental, afim de que os profissionais de enfermagem estabeleçam estratégias no manejo desta condição, bem como para garantir a humanização aos atendimentos voltados para esta clientela.

A sua participação constará em participar de uma entrevista que será realizada pela pesquisadora, em uma data e horário que serão previamente combinados. Esta entrevista será transcrita para o computador, depois impressa em um papel, gravada em um cd sem a sua identificação e posteriormente, será apagada do computador. Em todos os momentos, será garantido o seu anonimato, ou seja, em hipótese alguma será divulgado o seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo.

O risco aos sujeitos de pesquisa encontra-se relacionado à perda de confidencialidade, sendo que este risco será minimizado pela preservação do anonimato e a utilização de referência por meio de códigos aos participantes.

Você poderá solicitar a saída do estudo a qualquer momento, antes ou depois da entrevista, sendo que esta decisão não lhe trará nenhum prejuízo. A sua participação é voluntária, assim sendo você não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais**” como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora abaixo assinada sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Uberaba, _____ de _____ de 2012

Nome e assinatura do sujeito: _____

Pesquisador orientador: Leiner Resende Rodrigues _____

Pesquisador responsável pela entrevista: Luciane R. C. Cardoso _____

Contatos com os pesquisadores:

Leiner Resende Rodrigues	(34) 9975-7708
Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso	(34)8858-5082
Comitê de Ética em Pesquisa	(34) 3318-5854

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceito do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ Ass. _____

Nome: _____ Ass. _____

ANEXO V
ESCLARECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA
PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

Você está sendo convidado a participar do estudo sobre o **As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais**. Após ter sido esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Leiner Resende Rodrigues pelo telefone 3318-5806, ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 107 38025-440 - Uberaba-MG.

A pesquisa tem como objetivos:

- Descrever e analisar as manifestações de agressividade no processo de cuidar entre os profissionais de enfermagem e os doentes mentais.
- Descrever e analisar os significados da agressão no processo de cuidar entre profissionais de enfermagem e usuários/residentes no SEU.

É muito importante que se tenham dados sobre os episódios de agressividade no contexto de atendimento da saúde mental, afim de que os profissionais de enfermagem saibam lidar melhor com essas situações, e também melhorar o atendimento para os pacientes.

Para participar você fornecerá uma entrevista, que será realizada pela pesquisadora, em dia, hora e local combinados anteriormente. Essa entrevista será transcrita para o computador, depois impressa em um papel, gravada em um cd, sem a sua identificação e posteriormente, será apagada do computador.

Em todos os momentos, será garantido o seu anonimato, ou seja, em hipótese alguma será divulgado o seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo.

Ainda assim existe um risco de perda da confidencialidade, que será diminuído pela preservação do anonimato e a utilização de referência de códigos aos participantes.

Você poderá solicitar a saída do estudo a qualquer momento, antes ou depois da entrevista, sendo que esta decisão não lhe trará nenhum prejuízo. A sua participação é voluntária, assim sendo você não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA
PESQUISA
PORTADOR DE DOENÇA MENTAL**

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais”** como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora abaixo assinada sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Uberaba, _____ de _____ de 2012

Nome e assinatura do sujeito: _____

Pesquisador orientador: Leiner Resende Rodrigues _____

Pesquisador responsável pela entrevista: Luciane R. C. Cardoso _____

Contatos com os pesquisadores:

Leiner Resende Rodrigues	(34) 9975-7708
Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso	(34)8858-5082
Comitê de Ética em Pesquisa	(34) 3318-5854

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceito do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: _____ Ass. _____

Nome: _____ Ass. _____

APÊNDICE VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PARA PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES COMO SUJEITOS DE PESQUISA

As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A criança (*ou adolescente*) sob sua responsabilidade está sendo convidada(o) a participar do estudo **As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais**, por *portador de transtorno mental e ter passado por, pelo menos, uma internação no Sanatório Espírita de Uberaba*. Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da criança (*ou do adolescente*) é importante. Os objetivos deste estudo são: Descrever e analisar as manifestações de agressividade no processo de cuidar entre os profissionais de enfermagem e os doentes mentais; e Descrever e analisar os significados da agressão no processo de cuidar entre profissionais de enfermagem e usuários/residentes no SEU. Caso a criança (*ou o adolescente*) participe, será necessário que ele responda a perguntas durante uma entrevista que será gravada. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da criança (*ou do adolescente*).

Você e a criança (*ou o adolescente*) sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; a criança (*ou o adolescente*) poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação da criança (*ou do adolescente*) no estudo, você nem a criança (*ou o adolescente*) receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da criança (*ou do adolescente*) não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ela (*ou ele*) será identificada (o) por um número ou por uma letra ou outro código.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

As manifestações agressivas no processo de cuidar em enfermagem sob a perspectiva das Relações Interpessoais

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual a criança (*ou o adolescente*) sob minha responsabilidade será submetida(o). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e a criança (*ou o adolescente*) sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação dela (*ou dele*) na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará o tratamento dela (*ou dele*). Sei que o nome da criança (*ou do adolescente*) não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação da criança (*ou do adolescente*) no estudo, desde que ele também concorde. Por isso ela (*ou ele*) assina (*caso seja possível*) junto comigo este Termo de Consentimento.

Uberaba,/...../2012

Assinatura do responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura da criança (*ou do adolescente*) (caso ele possa assinar)

Documento de Identidade (se possuir)

Assinatura do pesquisador orientador

Telefones de contato de todos os pesquisadores

Leiner Resende Rodrigues	(34) 9975-7708
Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso	(34)8858-5082

Em caso de dúvida em relação a este documento, você poderá entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854

ANEXO I

Parecer do CEP.