



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES

CURSO DE ENFERMAGEM

**CRISE NA SAÚDE MENTAL: VISÃO DA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL**

Caroline Hepp da Silva

Lajeado, novembro de 2013

Caroline Hepp da Silva



## **CRISE NA SAÚDE MENTAL: VISÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Monografia apresentada na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário UNIVATES, como parte da exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms Eliane Lavall

Lajeado, novembro de 2013

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar o cuidado em Saúde Mental em situações de crise em um hospital geral localizado no Vale do Taquari, Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada em Agosto de 2013, aplicada a dez profissionais da área da saúde mental que trabalham no referido hospital. A análise e interpretação dos dados foram realizadas de acordo com a técnica denominada Análise Temática de Minayo (2008). Os resultados apontam que o cuidado realizado pela equipe multiprofissional em situações de crise envolve escuta, diálogo, contenção mecânica e química. Além disso, conhecimento sobre manifestações da crise, a necessidade da educação permanente dos profissionais, aspectos subjetivos da equipe e dificuldades no manejo. Este estudo contribui para ampliação do conhecimento, possibilitando a construção de novas ideias e estratégias no atendimento à pessoa em situação de crise.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Crise. Profissionais da Saúde.

## ABSTRACT

The present study has as objective to analyze the mental health care in crisis situations in a general hospital located in The Taquari Valley, Rio Grande do Sul (RS). This is a case study with a qualitative approach. The Data from semi-structured interview were collected in August 2013, applied to ten professionals in the mental health field that work in the hospital. The analysis and interpretation of the data were performed according to the technique called Thematic Analysis of MINAYO (2008 ). The results show that the care provided by the professional staff in crisis situations involves listening, dialogue, mechanical and chemical restraint. Furthermore, knowledge about manifestations of the crisis, the need for continuing education of professionals, subjective aspects of the team and the management difficulties. This study contributes to expansion of knowledge, allowing the construction of new ideas and strategies in service to the person in crisis.

**Keywords:** Mental Health. Health Professionals. Crisis.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Objetivos .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.1 Objetivo geral .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Conceitos de saúde mental/ doença mental: conceito histórico .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Políticas de Saúde Mental .....</b>	<b>13</b>
<b>2.3 Crise .....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Intervenções em situações de crise .....</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Local da Pesquisa .....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Sujeitos do Estudo .....</b>	<b>22</b>
<b>3.4 Métodos de coleta de dados .....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 Análise dos dados.....</b>	<b>23</b>
<b>3.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>23</b>
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Crise: Entendimento de uma Equipe Multiprofissional .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Atendimento a Crise.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Dificuldades no Atendimento a Crise .....</b>	<b>31</b>

<b>4.4 Aspectos subjetivos da equipe multiprofissional durante o atendimento a crise .....</b>	<b>34</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>42</b>
APÊNDICE A – Questionário .....	43
APÊNDICE B – Termo de Consentimento .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A existência das doenças mentais é tão antiga quanto à vida, mas a sua identificação e os tratamentos aplicados vem sendo mudados com o decorrer do tempo e de acordo com os avanços na psiquiatria. O assunto é conflitante pelas controvérsias que tem gerado entre estudiosos a respeito do tratamento ideal para as pessoas que sofrem com transtornos mentais (ESPINOSA, 2000).

Percebe-se que o enfoque da loucura como doença mental e a psiquiatria como especialidade médica é recente, aproximadamente 200 anos. Antes disso, a loucura era justificada conforme o momento histórico de cada época. Na Idade Média, o louco era considerado um personagem sagrado, os leprosos também passaram a serem os indesejados pela sociedade, por isso eram excluídos, segregados e confinados. Louco também era o ocioso, o miserável, o desempregado e todas as pessoas que apresentavam alguma diferença, pois perturbavam a ordem social na época (TOWNSEND, 2000).

Historicamente o “louco” era visto como alguém diferente, aquele que não seguia o comportamento dito normal pela sociedade, sendo excluído do convívio social por ser percebido como uma ameaça para as pessoas. A assistência prestada às pessoas com transtorno mentais era caracterizada pela repressão, punição e vigilância, sendo tratadas sem dignidade e, na maioria das vezes, com violência (TOWNSEND, 2002).

Porém, com a Reforma Psiquiátrica, a partir da década de setenta, houve uma grande transformação da assistência psiquiátrica com o fechamento dos

hospitais psiquiátricos e criação de serviços substitutivos extra-hospitalares. Este novo modelo de atenção se contrapõe ao antigo, que era voltado a exclusão social e desprovido de assistência qualificada e humanizada (AMARANTE, 2000).

Neste sentido, o novo modelo assistencial, denominado Modelo de Atenção Psicossocial, preconiza que a internação psiquiátrica, quando necessária, seja realizada dentro do hospital geral. Percebe-se que grande parte dos pacientes psiquiátricos interna no momento da crise, seja ela situacional, seja ela manifestação de uma doença psiquiátrica.

A crise pode manifestar-se durante as várias fases do desenvolvimento humano, diante situações de perda, ameaça e estresse, afetando o equilíbrio normal do indivíduo, podendo ainda manifestar-se como um agravante agudo da doença mental, denominada de crise psicótica. Durante a crise, episódios como perda de contato com a realidade, delírios, alucinações, desorganização no comportamento e fala, além de agitações e ansiedade aguda são comuns, podendo nos casos mais graves ocorrer ideação e tentativa de suicídio (RODRIGUES, 1996).

A situação de crise caracteriza-se como uma condição em que há um distúrbio de pensamento, emocional ou comportamental, na qual é necessário um atendimento adequado e rápido sempre focando o paciente, no intuito de evitar maiores prejuízos físicos, emocionais ou até eliminar possíveis riscos a sua vida ou a de outros (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

A crise na saúde mental caracteriza-se como um momento no qual o sofrimento é muito intenso gerando uma desestruturação não somente na vida psíquica e social do indivíduo, mas também na sua família, sendo caracterizada por distúrbios de pensamento, emocional e comportamental. Diante disso, é indispensável à intervenção imediata de uma equipe multiprofissional, com o intuito de evitar possíveis riscos à sua vida ou à vida de terceiros (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

A crise é um evento que pode acontecer em qualquer momento da vida, principalmente quando nos deparamos em uma situação de conflito, e não nos sentimos capazes de resolvê-lo. Por isso a crise é de caráter pessoal, o que é estressante para uma pessoa, pode não ser para outra.



Entende-se que a equipe multiprofissional deve estar preparada para atender as pessoas em situação de crise, sempre focando na segurança, na redução da ansiedade e a cima de tudo no bem estar desta pessoa. O objetivo da intervenção em crise deve ser o retorno da pessoa ao estágio de funcionamento anterior à crise, ou ao nível mais adequado, no qual a pessoas não esteja mais agitada ou agressiva.

O serviço que atende pacientes psiquiátricos deve dispor de uma equipe qualificada, preparada e o principal, treinada para colaborar nas situações em que a agitação e a agressividade são intensas, podendo exigir contenção mecânica. Para garantir a qualidade da assistência é necessário que a equipe multiprofissional tenha conhecimentos sobre saúde mental e psiquiatria, sobre as medicações, técnicas de comunicação com o paciente e também com os familiares (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Pela atual política de saúde mental, o CAPS é um local de atendimento a situações de crise, mas a maioria dos pacientes acaba sendo transferido para o hospital quando ela acomete o usuário do serviço, o que demonstra certo despreparo da equipe para lidar as situações de crise. Neste sentido, na maioria de vezes, os profissionais de saúde que trabalham no hospital Geral acabam tendo maior contato com as situações de crise vivenciadas pelos usuários.

Diante desse contexto, surgem as seguintes questões: Como a equipe multiprofissional atua no atendimento em situação de crise psicótica em Hospital Geral? Qual é a visão que estes profissionais apresentam sobre a crise? Quais são suas maiores dificuldades durante o atendimento?

Esta pesquisa teve como hipótese de que os profissionais de saúde apresentam dificuldades para atender situações de crise, bem como pouco conhecimento sobre crise e suas complicações, o que pode dificultar e prejudicar o atendimento às pessoas que buscam atendimento nessa situação.

A escolha e o interesse por este tema emergiu durante o estágio em Saúde Mental I, na qual consegui observar como era o atendimento aos pacientes psiquiátricos, a estrutura do local e o mais importante, o atendimento prestado às pessoas em situações de crise.

Nessa experiência, observei que a maioria dos profissionais de saúde apresentavam dificuldades no atendimento a este tipo de demanda, seja por falta de experiência na saúde mental, seja por medo de serem agredidos durante a crise ou por não acreditarem que o usuário encontrava-se em sofrimento mental, achando simplesmente que eles estariam dramatizando.

A motivação para realização desta pesquisa surgiu também a partir do interesse em aperfeiçoar os conhecimentos sobre saúde mental, principalmente, na situação de crise, na qual o indivíduo muitas vezes é julgado e mal interpretado. No decorrer na minha trajetória acadêmica fui observando como as equipes trabalham com as pessoas em situação de crise de forma inadequada, seja pela falta de experiência, seja pela falta de conhecimento ou estrutura institucional. Neste sentido, este estudo apresenta sua relevância, pois possibilitou visualizar como são realizadas as intervenções em situações de crise e, a partir disso, os profissionais possam estar refletindo sobre suas práticas cotidianas no atendimento a crise.

A metodologia aplicada foi estudo de caso com abordagem qualitativa em que a coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada.

Este estudo contribui como uma fonte de conhecimento para equipe multiprofissional, acadêmicos de enfermagem e demais acadêmicos da área de saúde, possibilitando aprimoramento das práticas no atendimento a situações de crise dentro do Hospital Geral.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar o cuidado em Saúde Mental em situações de crise em um hospital geral no município do Vale do Taquari.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Verificar como é realizado o cuidado na situação de crise;

- Verificar o entendimento dos profissionais da saúde à crise;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional nas situações de crise.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Conceitos de saúde mental/ doença mental: conceito histórico

A saúde mental é o estado de funcionamento harmônico que as pessoas desenvolvem para viver em sociedade em constante interação. É a capacidade de administrar a própria vida, sobretudo, descobrir e potencializar suas aspirações e de realizar algumas mudanças quando necessárias, sendo capazes de reconhecer suas limitações (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Na visão de Espinosa (2000), saúde mental deve ser entendida a partir da concepção integral do ser humano como entidade biopsicossocial, os aspectos físicos, biológicos e sociais, constitui um sistema aberto coordenado pelo cérebro como regulador central.

Já doença mental, é representada pelo estado no qual as pessoas não conseguem desenvolver ou manter-se em um funcionamento harmônico para viver em sociedade, não conseguindo transformar as possibilidades em realidade (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Segundo Townsend (2002), é difícil definir um conceito para doença mental, pois vários fatores devem ser considerados nesta definição. O autor ainda acrescenta que a doença mental pode ser caracterizada como um desajuste no ambiente interno ou externo do sujeito que são evidenciado por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são normais para a sociedade, interferindo no seu relacionamento social.

Para Espinosa (2000), doença mental consiste em um desequilíbrio psíquico que pode se manifestar por meio de vários sinais e sintomas, dificultando o desenvolvimento habitual da vida desta pessoa.

Para Barbosa et al., (2012) o enfoque da loucura enquanto doença mental e da psiquiatria como especialidade médica é recente, aproximadamente 200 anos. A partir do século XVII que o homem observou uma nova maneira de se perceber, de enxergar o outro na sua condição humana. A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana é que se estabeleceu o diferente, aquele que não segue o mesmo comportamento que a sociedade define.

No final do século XVIII Pinel, no qual foi nomeado a dirigir o Hospital de Bicetrê na França define um novo conceito para a loucura, sendo, a partir disso, considerada uma doença mental. Porém Pinel separa os doentes mentais da sociedade, excluindo-os do meio social com o objetivo de estudá-los para encontrar uma cura, e o asilo passa a ser o local de reclusão destes enfermos (BARBOSA et al., 2012).

Entre os séculos XVI e XVII não havia instituições específicas para atender pacientes com sofrimento mental, o que existiam eram hospitais que abrigavam leprosos, aleijados, mendigos e loucos, considerados uma ameaça para a sociedade sendo excluídos do ambiente social e familiar (AMARANTE, 2001).

Historicamente havia várias crenças referentes aos distúrbios mentais, como por exemplo, que a alma tinha sido removida e que só poderia ficar bom se a a alma retornasse. Outros já acreditavam que maus espíritos, poderes sobrenaturais haviam entrado em seu corpo e a única “cura” seria o exorcismo, devido a essa relação entre sobrenatural e feitiçaria muitos doentes eram queimados em fogueiras (TOWNSEND, 2002).

Devido a estas várias crenças as pessoas em sofrimento mental eram excluídas do convívio com a sociedade e de sua própria família, sendo que no tratamento a estas pessoas não eram consideradas como sujeitos ativos do tratamento, não envolvia sua família, não valoriza a sua cultura, história de vida, sendo a doença o foco de internação (BARBOSA et al., 2012).

Nos Estados Unidos, o primeiro hospital a atender pessoas com doença mental foi na Filadélfia em meados do século XVIII. Benjamin Rush, também conhecido como o pai da psiquiatria norte-americana era o médico responsável deste hospital. Benjamin estabeleceu um tratamento e cuidado humanitário estas pessoas, mas utilizava alguns métodos severos como, sangrias, purgativos, contenções físicas, refletindo o tratamento médico da época (TOWNSEND, 2002).

Em relação a enfermagem, o surgimento da enfermagem psiquiátrica ocorreu em 1873, por Linda Richards que ficou conhecida como a primeira enfermeira psiquiátrica norte-americana. Uma das maiores contribuições de Linda foi sua ênfase na avaliação das necessidades físicas e emocionais do paciente (STUAR; LARAIA, 2001).

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram várias mudanças na forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais, consequência dos movimentos de Reformas psiquiátricas no contexto mundial que tiveram suas repercussões no Brasil, como será visto logo a seguir.

## **2.2 Políticas de Saúde Mental**

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria iniciou na Itália com Franco Basaglia que criticou o modelo manicomial e o cuidado que era prestado as pessoas com doença mental. Basaglia, não visava negar a existência da doença, nem o sofrimento que era vivenciado pelo sujeito, mas sim, retirá-lo do isolamento e exclusão social, abordando um novo conceito para a loucura, que fosse desvinculada dos conceitos de preguiça, incapacidade, entre outros e que houvesse uma nova relação entre o louco e a sociedade (AMARANTE, 2000).

Estes conceitos influenciaram fortemente diversos países, entre eles o Brasil que começou a ver a pessoa com doença mental de outra forma, abordando novos conceitos sobre saúde mental (AMARANTE, 2001).

Na década de 70, forma-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma na assistência psiquiátrica nacional. O projeto do MTSM é marcado pela

crítica ao saber psiquiátrico e, a partir disso, começa a surgir a atual concepção de reforma psiquiátrica como um processo inovador, original e prolífero, levantando novas questões no campo da saúde mental (AMARANTE, 2000).

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808 houve a necessidade de uma reorganização na cidade, recolhendo as pessoas que perambulavam pelas ruas como, mendigos, órfãos, desempregados e os loucos. Estas pessoas eram levadas para os hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (TEIXEIRA, 2001).

Em 1830 a Sociedade Brasileira de Medicina no Rio de Janeiro, criticou o abandono e o cuidado prestado a estes doentes, surgindo assim à proposta da construção de um Hospício para os doentes mentais, substituindo as alas insalubres e os castigos, por asilos higiênicos, com ventilação e tratamento moral e adequado, iniciando assim no Brasil o processo de medicalização da loucura (ALVES et al., 2009).

Em 1852 é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II, ocorrendo uma grande transformação no cuidado das pessoas com doenças mentais. A psiquiatria começa a tomar forma e várias instituições de saúde são criadas com o intuito de prestar assistência psiquiátrica, com a criação de grandes asilos nas cidades, para recolher todos os alienados, deixando-os internados como forma de tratamento e cura (TEIXEIRA, 2001).

Entre as décadas de 30 e 50 acontece a descoberta da ECT (eletroconvulsoterapia), lobotomia e o surgimento dos primeiros neurolépticos. Juntamente com estas descobertas dá-se início a um processo de questionamentos e ideias em busca de transformações no modelo assistencial asilar predominante (AMARANTE, 2000; AMARANTE, 2001).

Na década de 80 o Movimento pela Reforma Sanitária é criado, tendo como objetivo a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde, que estão incluídas na atual Constituição Federal promulgada em 1988, em seu artigo 196, como direito de todos e dever do estado. Em 1990 ocorre a aprovação da Lei nº 8.080, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada de caráter complementar de serviços de saúde, tendo em

vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação (ALVES et al., 2009).

Entre os anos de 1989 e 1995 aparece na saúde mental uma política de redução de leitos e desinstitucionalização, ocorrendo uma redução de cerca de 20.000 leitos em todo o país (TEIXEIRA, 2001).

Em 1987 acontece a 1º Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental, influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental lança o tema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Com isso surge o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que se refere acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, como também regulamenta a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 2005).

No Rio Grande do Sul foi aprovada a Lei nº 9.716 de 1992, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica e determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental e determina regras de proteção aos portadores de algum sofrimento psíquico (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Em 2001 é aprovada a Lei nº 10.216 dispondo sobre um modelo de saúde mental aberta, que garante a livre circulação das pessoas com sofrimento mental pela sociedade, serviços entre outros. Assegurando-lhes a proteção quanto à discriminação, este modelo garante tratamento aos usuários dos serviços inclusive para sua família, sendo este atendimento realizado em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios e Hospitais Gerais (BRASIL, 2001).

Os CAPS são responsáveis em oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares. Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico (BRASIL, 2004).



Estes movimentos reformularam a assistência na saúde mental, especialmente através da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e da implantação dos serviços substitutivos, permitindo aos portadores de saúde mental uma abordagem terapêutica digna, sendo respeitado os seus direitos junto à sociedade (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012).

Os serviços substitutivos compreendem uma rede de serviço, sendo o CAPS referência no atendimento a saúde mental, inclusive situações de crise, pois a crise é uma situação de emergência e o primeiro atendimento com profissionais com profissionais que este usuário, na maioria de vezes, já apresenta vínculo é fundamental. Entretanto, o que se percebe na prática cotidiana do cuidado em saúde mental, é que situações de crise geralmente são encaminhadas para o hospital.

### **2.3 Crise**

Crise refere-se à inabilidade de um indivíduo em resolver determinado problema, provocando um aumento da ansiedade. Ela pode ser definida como um estado emocional de desequilíbrio evidenciado pela inabilidade em resolver o problema diante a situação que envolve mudança, perda ou ameaça biológica, psicológica, social, cultural ou espiritual (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Dentro das várias manifestações que afetam o indivíduo, entende-se que a crise afeta o equilíbrio normal do sujeito durante as várias fases do seu desenvolvimento, ou frente a situações de perda ou ameaça. Pode ocorrer perda do contato com a realidade, presença de delírios e alucinações, comportamento desorganizado, fala desorganizada além de agitações e tentativa de suicídio (RODRIGUES, 1996).

A crise surge quando o indivíduo se depara em uma situação de conflito para seu equilíbrio e não se sente capaz de ignorar ou resolvê-lo com os seus mecanismos habituais de enfrentamento. A crise em si não é patológica, mas requer um grande esforço para o ajuste do seu equilíbrio emocional. Ela pode gerar desorganização do indivíduo, aumentando sua vulnerabilidade ou transformando a

vivência deste acontecimento em uma oportunidade de crescimento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Já para Stuart e Laraia o conceito de crise pode ser entendido como:

Perturbação causada por um evento estressante ou pela percepção de uma ameaça. O modo habitual de enfrentar essas situações torna-se inefetivo para lidar com a ameaça, causando ansiedade. A ameaça ou o evento que precipita dor geralmente podem ser identificados, podendo ter ocorrido semanas ou dias atrás e podendo ou não estar ligados ao estado de crise na mente do indivíduo (STUART; LARAIA, 2001, p. 255).

As pessoas que estão em crise sentem-se impotentes para conseguir realizar mudanças, os níveis de ansiedade elevam-se, deixando o indivíduo disfuncional. Os pensamentos podem tornar-se obsessivos, mudando assim o seu comportamento. O sentimento é avassalador, afetando tanto fisicamente como mentalmente (TOWNSEND, 2002).

Após um evento desencadeante caracterizado por perdas, ameaças de perdas ou desafios a ansiedade se eleva ocorrendo quatro fases da crise:

Na primeira, a ansiedade ativa os métodos costumeiros de enfrentamento do indivíduo. Se esses não trouxerem alívio e existir apoio inadequado, o indivíduo segue para a segunda fase, que desenvolve mais ansiedade porque os mecanismos de enfrentamento fracassaram. Na terceira fase, novos mecanismos de enfrentamento são tentados ou a ameaça é redefinida, de modo que os antigos métodos de enfrentamento possam funcionar. A resolução do problema pode ocorrer nessa fase. Contudo se a resolução não ocorrer, a pessoa ingressa na quarta fase, na qual a continuação de níveis sérios de ansiedade ou de pânico pode levar a desorganização psicológica (STUART; LARAIA, 2001, p. 255).

Em vários países, inclusive no Brasil a maioria dos atendimentos aos casos de primeira crise psicótica são realizados em serviços de urgência e emergência, assumindo assim um papel importante no atendimento em casos graves de crise e outros transtornos psiquiátricos (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Na literatura, podemos identificar três tipos de crises: maturativas, situacionais e fortuitas, sendo que em alguns casos estas crises podem aparecer simultaneamente.

**Crise Maturativa:** São eventos evolutivos que exigem mudanças de papéis, como da infância para a fase intermediária da infância que requer da criança um desenvolvimento social com outras pessoas, a mudança na adolescência para a

idade adulta que se espera novas atitudes, independência financeira e novas responsabilidades. Estas pressões tanto sociais quanto biológicas podem afetar a parte emocional e psicológica do indivíduo, precipitando uma crise (STUART; LARAIA, 2001).

De acordo com o mesmo autor a natureza e a extensão da crise maturativa podem ser influenciadas por modelos, recursos interpessoais e facilidade de outros em aceitar o novo papel. Os modelos positivos e os recursos interpessoais ajudam na mudança de comportamento e ideias para a conquista do novo papel, sendo a aceitação por outras pessoas é muito importante, pois, quanto mais resistência e indiferença desta no novo papel maior as chances de desencadear uma crise.

Para Townsend (2000), a crise maturativa ocorre em resposta a situações que desencadeiam emoções mal resolvidas na vida da pessoa, refletindo problemas no desenvolvimento emocional, conflitos de valor, identidade sexual. As fases da adolescência, paternidade, casamento, meia-idade e aposentadoria são períodos que mais ocorrem crises maturativas.

**Crises Situacionais:** Está crise acontece devido a um evento perturbador na qual o equilíbrio psicológico é afetado. Exemplos de crises situacionais é perda de emprego, perda de algum ente querido, gravidez indesejada, início ou agravamento de uma doença, problemas escolares e presenciar um crime (STUART; LARAIA, 2001).

Estes eventos podem gerar muita raiva, estresse, conflitos familiares e culpa. São momentos que devem ser enfrentados com apoio familiar e com ajuda profissional, pois pode gerar uma crise (TOWNSEND, 2000).

**Crises Fortuitas:** Esta crise é caracterizada por eventos acidentais, incomuns e imprevistos podendo ocorrer múltiplas perdas como, por exemplo, em incêndios, terremotos ou inundações, perturbando comunidades inteiras. As tragédias em massa, também são exemplos de crises fortuitas que incluem sequestro de grupo, chacinas em locais de trabalho, escolas, locais públicos, acidentes aéreos e atentados em locais movimentados (STUART; LARAIA, 2001).

Os problemas emocionais surgem em semanas ou meses depois do desastre, os sintomas mais predominantes são pânico, medo extremo, comportamento autodestrutivo, raiva, frustrações entre outros, que devem ser observados pela equipe da saúde mental com muita atenção (TOWNSEND, 2000).

A crise pode ocorrer em qualquer fase da vida, e não escolhe sexo ou idade, todos nos estamos pré-dispostos. Os sintomas devem ser avaliados e observados com muito cuidado, pois podem aparecer após algumas semanas ou meses, a equipe da saúde mental deve estar preparada para atender estes indivíduos, pois preserva a autoestima e promove o crescimento na resolução da crise (TOWNSEND, 2000; STUART; LARAIA, 2001).

Desta forma podemos dizer que a crise está carregada de diversos elementos que trazem um amplo sentido, como de mudança, desequilíbrio transitório com possível ocasião de crescimento (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN; 2007).

#### **2.4 Intervenções em situações de crise**

A intervenção tem como objetivo principal que o indivíduo retorne a seu nível de funcionamento normal, e esteja capaz de enfrentar os problemas. Os indivíduos que apresentam uma crise tem uma necessidade urgente de assistência devido ao seu estado emocional, pois não é capaz de resolver os problemas necessitando de apoio e assistência (TOWNSEND, 2000).

O atendimento é voltado principalmente em técnicas de resolução de problemas e em atividades estruturadas para uma futura mudança. A intervenção em crise não visa uma mudança importante ou a reestruturação da personalidade, mas, que o sujeito consiga enfrentar os seus problemas e voltar ao seu estado habitual, focando em um possível crescimento pessoal (STUAR; LARAIA, 2001).

A falta de preparo dos profissionais da saúde diante o atendimento em crise pode ser um elemento propulsor de ações violentas, com abordagem repressiva sem fins terapêuticos, tais como solicitação de força policial sem necessidade e o abuso da contenção física ou química (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012).

Desta forma podemos constatar a importância da relação que deve ser construída entre equipe profissional e paciente, por isso alguns aspectos do manejo da crise são essenciais para um atendimento adequado como a postura do profissional de saúde mental, a valorização do sujeito, escuta terapêutica, vínculo são atitudes de extrema importância e que fazem uma grande diferença durante o atendimento (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN; 2007).

Neste sentido, avaliamos que o conhecimento e análise das situações de crise no Hospital Geral, pela equipe de saúde mental pode trazer contribuições importantes para compreensão do sujeito nessa fase, reflexão sobre o processo de cuidar e fazer das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Tipo de Pesquisa

Tendo em vista o tema do estudo que retrata atendimento a situações de crise a partir da percepção da equipe multiprofissional, justifica-se a pesquisa como estudo de caso, com abordagem qualitativa.

A pesquisa em saúde visa gerar conhecimentos que permitam melhorar o bem-estar do ser humano, a sua qualidade de vida ou a defesa da própria vida, desta forma a pesquisa em saúde é um importante instrumento de conhecimento (GOLDIM, 2000).

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Goldim (2000), pesquisa qualitativa é essencialmente descritiva tendo como perspectiva principal a visão de processos, este tipo de pesquisa tem como características fundamentais a importância dada ao ambiente e ao papel desempenhado pelo pesquisador.

Já para Leopardi (2002) na pesquisa qualitativa tenta-se compreender um determinado problema, na visão dos sujeitos que as vivenciam, como sua satisfação, desapontamentos, surpresas, dificuldades e outras emoções bem como na perspectiva do próprio pesquisador.

O estudo de caso é uma descrição abrangente de cada caso em particular, apresentando de forma cronológica ou temática, que busca encontrar pontos de contato entre os diferentes indivíduos pesquisados. Assim, não haverá uma apenas a visão global de cada indivíduo, mas do conjunto de seus comportamentos ou ideias, que serão objeto de comparação (GOLDIM, 2000).

### **3.2 Local da Pesquisa**

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital Geral localizado na região do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, com equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e técnico de enfermagem.

O contato com a entidade foi realizado formalmente, por meio de contato pessoal com a coordenação, solicitando a permissão para a realização da pesquisa.

### **3.3 Sujeitos do Estudo**

Foram escolhidos todos os profissionais da saúde mental que atuam diretamente com pacientes em sofrimento composta por, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico psiquiatra e psicólogo.

Foram respeitados os princípios éticos de participação voluntária e esclarecida, tendo como critério de inclusão: ser profissional da saúde que presta cuidados aos pacientes psiquiátricos, e que estão na unidade por mais de um ano.

### **3.4 Métodos de coleta de dados**

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, durante o mês de agosto de 2013, sendo gravada para posterior descrição na íntegra e análise dos dados.

Segundo Leopardi (2002), a entrevista é a técnica em que o pesquisador está presente junto ao entrevistado e formula questões relativas ao seu problema.

### 3.5 Análise dos dados

Para Goldim (2000), a avaliação dos dados após o término da coleta, deve ser precedida da releitura dos objetos do projeto, permitindo a clareza e a retomada das orientações inicialmente planejadas. A avaliação de dados qualitativos é um processo criativo, devido a esta característica pode ser utilizada de diferentes maneiras pelo pesquisador, não há uma única maneira correta de organizar, analisar e interpretar dados qualitativos.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas de acordo com a técnica de Análise Temática de Minayo. Neste tipo de análise “o tema está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto que comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 2008, p. 208).

Segundo Bardin, tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIM, 1979, p.105).

A análise temática de Minayo comporta 3 etapas:

- Pré-análise;
- Categorização;
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

### 3.6 Aspectos éticos

Conforme a Portaria 196/96 do Ministério da Saúde, todos os que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o qual foi apresentado em duas vias: uma via ficou com cada um dos entrevistados e outra com o pesquisador. Foi esclarecido que, com a autorização do coordenador, após a conclusão da pesquisa, a instituição receberá uma cópia da pesquisa, permitindo acesso aos dados pelos entrevistados



e que esta pesquisa tem como intenção futura a divulgação em seminários sobre o tema e publicação em artigos científicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Univates, conforme o parecer número, 335.662.

Para manter o anonimato dos profissionais, as entrevistas foram identificadas pela letra E e por um número referente a cada entrevista, sendo de E1 a E7. O material coletado será arquivado por cinco anos pela pesquisadora, e após isso, descartado, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL,1998).

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 Crise: Entendimento de uma Equipe Multiprofissional

O desenvolvimento de uma crise pode acontecer a qualquer momento na vida, decorrente de um fator de estresse ou até o estado de crise aguda, envolvendo várias fases. A crise gera alterações do pensamento ou conduta, que demandam um atendimento rápido e eficaz nos serviços de saúde (KONDO et.al, 2011).

Neste estudo, a equipe multiprofissional entende crise como uma manifestação de psicose, em que a pessoa passa por dificuldades mentais, podendo colocar em risco a sua integridade física. Os entrevistados citam situações de delírios, alucinações, agressividade e alterações psicomotoras.

*“Crise é o paciente sair da sua realidade naquele momento, onde ele está tendo delírios, alucinações perdendo a noção da realidade.” (E1)*

*“É o momento em que o paciente passa, que não está bem, fora do normal, tendo alucinações visuais, auditivas, psicomotoras e se tornando muitas vezes agressivo” (E3).*

*“É quando o paciente chega agressivo, agitado seja consigo mesmo, com os familiares ou com a própria equipe de enfermagem. Ficando confuso, choroso, apresentado alucinações e delírios” (E5).*

Conforme literatura, a crise envolve uma série de sintomas característicos como, alucinações visuais e auditivas, delírios, agressividade, agitação psicomotora etc. A crise pode ser desencadeada por um ou mais fatores, que impedem a

capacidade de enfrentamento de um determinado problema, podendo ser uma desestabilidade passageira ou permanecer prejudicando o estado de estado de equilíbrio da pessoa em relação a seu corpo e ambiente (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

No entendimento dos profissionais entrevistados, os indivíduos em crise atendidos no Hospital Geral em questão, também apresentam alterações na consciência, orientação e confusão:

*“Crise do paciente é quando ele não está se sentindo bem, é a dificuldade mental que ele apresenta, ficando fora de si não sabe o que está fazendo, ficando confuso e desorientado”*. (E2)

Consciência pode ser entendida como o estado em que fenômenos psíquicos acontecem e desta maneira podemos dizer que, todas as outras funções psíquicas somente poderão ser avaliadas após a avaliação do estado da consciência ou nível de alerta. É com esta avaliação que iremos conseguir saber se o indivíduo está apto a interagir com o mundo externo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Alterações na consciência podem ocorrer desde os graus mais leves e moderados como turvação ou obnubilação, passando pelos estados estupor e confusão até o estado de coma, caracterizado como grau de profunda inconsciência, ou seja, total ausência de atividade psíquica (OLIVEIRA, 2013; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Nesta pesquisa, a equipe multiprofissional entende a confusão e a desorientação como características das situações de crise, conforme relatos acima.

A orientação pode ser entendida como a capacidade do indivíduo em situar-se corretamente no tempo e espaço, saber sua identidade, o ambiente em que se encontra no momento. Contemplam as funções da atenção, memória, percepção, consciência e da inteligência (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Em virtude de a crise caracterizar-se como um momento de vida no qual o sofrimento é muito intenso, gerando uma desestruturação não somente na vida psíquica e social do indivíduo, mas também em sua família, o serviço de saúde

mental torna-se um espaço para se fazer compreender e dar um outro sentido à crise (SILVA; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

Assim, entendemos que crise é uma emergência psiquiátrica na qual, o paciente deve receber atendimento imediato, em razão do risco para a própria vida, para os demais e para o ambiente em sua volta.

Conforme esta pesquisa percebe-se que a equipe multiprofissional apresenta conhecimento sobre definição de crise. Assim, a partir deste estudo, entende-se que situações de crise envolvem alterações no pensamento, orientações, senso percepção, conduta, alterações psicomotoras e afeto, podendo variar desde o grau mais leve até situações mais graves, envolvendo risco de vida com tentativas de suicídio.

#### **4.2 Atendimento a Crise**

O atendimento a situações de crise é realizado de forma rápida com o foco no problema atual, centrado na solução imediata da crise para que este indivíduo se recupere rapidamente desta situação (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Conforme os relatos dos profissionais, a abordagem inicial é realizada com a observação do comportamento do paciente, e com isso inicia-se o primeiro cuidado que é a escuta terapêutica, conforme relatos a seguir:

*“[...] da para fazer sim, uma escuta, podemos conversar com o paciente para ver mesmo se á necessidade de uma contensão medicamentosa ou se no momento desta crise, podemos usar somente uma intervenção verbal” (E1).*

A partir da escuta, tenta-se estabelecer um diálogo, uma conserve com o usuário:

*“Bom, quando o paciente está em crise tendo alucinações visuais, auditivas, confusão mental, nos tentamos manter a conversa, pedimos para ele colaborar com nós...” (E2).*

Proporcionar um espaço de escuta é fundamental no cuidado à pessoa em situação de crise, devendo ser realizada com segurança, acolhimento e atender as necessidades do sujeito naquele momento.

A escuta proporciona acolhimento das demandas do sujeito em situação de crise. Assim, a equipe multiprofissional deve escutar as queixas, os medos que a pessoa apresenta, identificando os riscos e suas vulnerabilidades, observando suas necessidades imediatas. Neste sentido, verifica-se que a qualidade da prestação do cuidado depende tanto da qualidade da técnica aplicada pela equipe quanto da interação e acolhimento oferecidos pelos profissionais (NETO et al., 2013).

A escuta ativa realizada pelo profissional é muito importante, bem como o respeito à singularidade do paciente oferecendo um cuidado humanizado e digno (KONDO et al., 2011).

A humanização no atendimento torna melhor o relacionamento paciente e profissional, propiciando a escuta e o diálogo, encontrando assim, novas formas de prestar um cuidado ao paciente em crise (BORGES et al., 2012).

No momento da crise, o indivíduo extravasa sua angústia e sofrimento saindo da sua realidade. Portanto, ao realizar atendimento à crise a equipe multiprofissional deve saber acolher o sofrimento e sentimentos de cada um em sua particularidade (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

A partir deste espaço de escuta, é possível estabelecimento de diálogo que tem como função transmitir, receber mensagens, ideias, troca de informações entre outros, sendo uma ferramenta importante no cuidado. A equipe multiprofissional deve estar disposta e envolvida para entender que o diálogo tem um papel significativo na reabilitação deste paciente em crise (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013).

A escuta faz parte do processo de comunicação e faz-se necessário que os profissionais estejam dispostos a conversar e dialogar ouvindo a pessoas que está em sofrimento, deixando que ela relate suas angústias e necessidades (NETO et al., 2013).

As falhas no diálogo podem acarretar sentimentos de desconforto e insegurança na pessoa que está em crise, sentimentos estes que podem ser minimizados pela equipe, aderindo a um diálogo claro e objetivo. Ocorre assim uma aproximação do usuário e despertando sentimentos de confiança (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013).

De acordo com a equipe multiprofissional entrevistada, muitas vezes a escuta e o estabelecimento do diálogo não são suficientes. Neste momento a equipe busca outra estratégia, fazendo uso de medicação:

*“Após isso, conversamos com o médico, para a parte da medicação para eles acalmarem-se” (E4)*

*“Medicamentosa, prescrita pelo médico [...] temos que medicá-lo e também realizar a contenção mecânica” (E3)*

Caso o estabelecimento do diálogo não for possível, e com o uso de medicação a pessoa ainda encontra-se em risco, a equipe passa a utilizar a contenção mecânica como último recurso de cuidado e também como uma forma de assegurar a segurança do paciente e dos próprios profissionais:

*“Em primeiro lugar nos tentamos o manejo verbal, se não for efetivo nos vamos para a medicação, e se o mesmo não ajudar o suficiente, tentamos a contenção física, que é algo que não gostamos de fazer, pois parece uma forma de agressão ao paciente, as em muitos casos é uma forma de segurança para ele e nós profissionais” (E10).*

*“[...] seguimos a prescrição médica, se há prescrição de contenção mecânica, nesses casos a enfermeira nos orienta, mas o cuidado depende do tipo de crise” (E7).*

A contenção mecânica tem como finalidade limitar as ações da pessoa em crise, quando apresenta agressividade e perigo, mas, estes recursos só devem ser empregados quando as ações de manejo verbal e outras ações não proporcionarem conforto e segurança ao paciente (PAES et al., 2009).

Como medida terapêutica a contenção física é efetiva e segura, evitando danos aos pacientes e a própria equipe de saúde. Mas é importante observar que, em alguns casos a manifestação de agressividade ou agitação é decorrente do próprio ambiente em que ele se encontra, pela presença de familiares ou por estar acompanhado de outros pacientes. Devido a isto a equipe multiprofissional deve estar atenta a vários fatores, e saber utilizar a contenção física de forma conveniente e adequada (PAES et al., 2009).

A indicação da contenção mecânica é citada pela Resolução nº 1.598, de 9 de agosto de 2000, pelo Conselho Federal de Medicina, sendo indicada e prescrita pelo profissional médico. O Art.11 relata que o paciente na contenção deve ser acompanhado por profissionais da enfermagem durante todo o tempo que estiver contido. Porém, até o momento, não existe nenhuma normativa do Conselho Federal de Enfermagem, sobre o uso de contenções físicas e assistência a esta prática (KONDO et al., 2011).

De acordo com a equipe multiprofissional, a contenção mecânica é uma prática utilizada somente em situações em que a pessoa em crise apresenta riscos para si mesmos ou para terceiros, sendo considerada medida de cuidado e proteção a ela mesma e também para própria equipe profissional, sendo indicado somente sob prescrição de um profissional médico.

Juntamente com a contenção mecânica, a equipe multiprofissional participante deste estudo relata a prática da contenção medicamentosa, pois, em alguns momentos, o comportamento agressivo da pessoa em crise acaba provocando medo nos profissionais de saúde, podendo provocar insegurança, prejudicando a assistência ao paciente. A sensação de insegurança nos profissionais pode levar a contenções mecânicas e medicamentosas desnecessárias, quando os profissionais não conhecem a forma adequada de manejo durante o cuidado.

No atendimento à crise, é essencial que o profissional de saúde saiba identificar a percepção que o paciente apresenta sobre a situação que está passando no momento, os suportes situacionais e mecanismos de enfrentamento que possui, pois pode auxiliar a lidar com manifestações como a autoagressão,

manifestações de pensamento suicida, delírios entre outros (ESTELMHSTS et al., 2008).

Pelo fato da crise se apresentar como uma situação aguda, a intervenção em crise é uma estratégia de cuidado breve, para que possa resolver imediatamente está situação crítica impedindo a sua progressão, evitando danos ao paciente e às demais pessoas envolvidas (ESTELMHSTS et al., 2008).

Assim, a partir deste estudo, compreendemos que, em situação de crise a escuta e o diálogo é fundamental e devem ser usados como a primeira estratégia de cuidado, favorece o relacionamento terapêutico entre profissional e pessoa, mesmo em situações de emergência psiquiátricas, o objetivo principal é ajudar a pessoa acionar recursos internos próprios, desenvolver confiança em si mesmo recebendo apoio e conforto da equipe multiprofissional.

#### **4.3 Dificuldades no Atendimento a Crise**

O atendimento a crise é cercado por dificuldades, insegurança e medo, mas, os profissionais que atendem a pessoas com transtornos mentais precisam saber lidar com estes sentimentos, realizando um cuidado que vai ao encontro às necessidades da pessoa em crise (STUART; LARAIA, 2001).

Entendemos que a crise pode ocorrer em decorrência de uma situação de conflito interno na qual há alterações e prejuízos no funcionamento psíquico, trazendo dificuldades na resolução dos problemas da vida, muitas vezes, geradores deste conflito (STUART; LARAIA, 2001).

Conforme os relatos da equipe multiprofissional que realiza cuidado a situações de crise em uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral, as maiores dificuldades encontram-se no manejo da agressividade, agitação e na contenção física, conforme exemplificado com o relato a seguir:

*“É não ter a medicação prescrita, e temos que chamar o médico. E com isso ficam cada vez mais agressivos, violentos com nos. E precisamos de ajuda, para conter, fazer a medicação.” (E4)*



*“É no manejo, pois é um paciente agressivo, temos que contê-lo porque começa a nos chutar, quer nos agredir e muitas vezes não temos segurança, e a contenção nessas horas é muito difícil, pois a família não quer, não aceita, e temos que explicar que é para seu bem, para sua segurança. E só assim, conseguimos realizar o atendimento” (E5).*

A reforma psiquiátrica foi justificada pela ideologia existente de que todos os pacientes psiquiátricos eram perigosos e agressivos, configurando assim uma imagem falsa e distorcida acerca dos usuários de saúde mental. Sabe-se que, durante a crise, a agressividade pode estar presente, mas é necessário que os profissionais percebam essas manifestações como uma desordem do funcionamento normal do sujeito e não como maldade da pessoa. É preciso olhar para o sofrimento do sujeito que está em situação de crise (BONFADA et al., 2012).

A equipe relata que existe dificuldade de manejo verbal quanto o usuário está em crise, principalmente, no momento da agressão:

*“Minha maior dificuldade é no momento da agressão, e o manejo verbal” (E7).*

O manejo verbal é uma técnica de comunicação eficaz e que deve estar sempre presente no cuidado á pacientes em crise, como o ouvir, observação atenta da forma como o paciente se expressa, para assim identificar e interpretar as mensagens verbais e não verbais (KONDO et al., 2011).

Porém, para que isso ocorra de maneira correta, o profissional deve ser direto, calmo e não apresentar falas agressivas sempre mantendo sua fala e comportamento de forma segura. É importante transmitir que está no controle desta situação, oferecendo proteção e o principal utilizar da empatia para planejar suas ações no cuidado a pacientes em crise (KONDO et al., 2011).

A dificuldade de manejo verbal pode indicar a falta de preparo para lidar como situações de crise e a necessidade de qualificação destes profissionais:

*“[...] Nos momentos de crise eu percebo que as equipes tem dificuldade, elas não estão qualificadas e preparadas, a enfermagem não está preparada. Não existe estágios mais amplos e nem disciplinas direcionadas a saúde mental, eu lido aqui no hospital com o técnico de enfermagem, que vem para o hospital para verificar a*

*pressão arterial, ver o pulso, dar banho no paciente, mas quando este paciente entra em crise, não sabe o que fazer, a não ser correr para o prontuário ver o qual medicação está prescrita ou mesmo ligar para o médico e sedar o paciente. O profissionais não se disponibilizam a escutar o paciente” (E1).*

O despreparo dos profissionais e a não abordagem do assunto crise durante a formação dos profissionais é vista como uma dificuldade que repercute no cotidiano de cuidado. Neste sentido, percebe-se a necessidade dos profissionais da área da saúde estudarem constantemente e continuarem na educação continuada, pois, de modo geral, a formação prática não prepara para aprender a lidar com situações de crise.

Assim, muitas vezes, falta de preparo dos profissionais no desempenho de suas funções em situações de crise, pode se tornar um elemento propulsor de ações violentas, e sem fins terapêuticos impossibilitando estabelecer vínculo e assim, dificultando na assistência (BONFADA; GUIMARÃES; BRITO, 2012).

Esta carência na formação pode repercutir na assistência, podendo prejudicar e deixar a pessoa em situação de crise desamparada ou desassistida, aumentando o seu sofrimento. Percebe-se que há necessidade de estudos, discussões e reflexões sobre situações de crise durante a formação dos profissionais de saúde e também durante a prática profissional na forma de educação permanente.

Entende-se que a educação permanente contribui no processo de consolidação da reforma psiquiátrica, para que os profissionais tenham maior conhecimento sobre as formas de cuidado, planejamento e intervenções em pacientes com crise. Porém a educação permanente deve ser baseada e estruturada a partir da problematização do processo de trabalho e ser compreendida como processo contínuo, no qual o foco é a reinserção social deste indivíduo e adesão ao tratamento (KONDO et al., 2011).

#### 4.4 Aspectos subjetivos da equipe multiprofissional durante o atendimento a crise

Lidar com situações de crise, envolve entrar em contato com a individualidade e o que há de mais subjetivo na vida do ser humano, num momento de conflito, desestruturação, sofrimento, falta de limites, entre outros, situações estas que podem afetar subjetivamente o profissional de saúde de alguma forma (STUART; LARAIA, 2001).

Neste sentido, cabe à equipe multiprofissional refletir e utilizar o seu conhecimento para aperfeiçoar suas ações e sentimentos defronte a crise, propiciando assim, um cuidado humano, sensível, ético e de qualidade. É importante e necessário que a equipe que atua com paciente da saúde mental saiba lidar com os seus sentimentos, para que ele seja um facilitador da promoção e recuperação da autonomia e dignidade, gerando assim, um processo de transformação tanto do paciente como dos profissionais da equipe multiprofissional (BRISCHILIARI et al., 2008).

De acordo com os relatos dos entrevistados cuidar de pessoas em situação de crise desperta vários sentimentos como tristeza, medo:

*“Temos que saber separar, pois, não estamos livres disso. Eu fico muito comovida, porque sabemos que não é algo que eles gostariam de passar e vemos algumas cenas e situações muito tristes” (E4).*

*“Além do medo que eu sinto um sentimento estranho que não sei descrever, pois é muito triste ver eles não conseguirem lidar com o mundo deles e o mundo externo, se tornando um conflito muito grande para eles” (E8).*

Presume-se que, para cuidar em saúde precisamos de uma completa objetividade e distanciamento entre profissional e paciente. Entretanto, o cuidado envolve relacionamento terapêutico, sendo fundamental o estabelecimento de empatia e acolhimento para que a pessoa se sinta segura e possa expressar seu sofrimento. Neste sentido, é de fundamental importância que este profissional possa dar-se conta dos seus próprios sentimentos envolvidos nas relações de cuidado.

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido pelo uso da comunicação verbal e não verbal, ouvir reflexivamente tudo que o paciente relatar, demonstrando atenção e compreensão. Além disso, a equipe deve oferecer cuidados de acordo com as manifestações clínicas de cada paciente em crise, e planejar a assistência individual, pois nenhum paciente é igual e suas manifestações de crise também (KONDO et al., 2011).

É necessário manter um relacionamento interpessoal terapêutico, mantendo foco naquilo que lhe é familiar e significativo para o usuário, pois, ele pode apresentar um diálogo confuso e incoerente podendo gerar uma intensa ansiedade e irritação do profissional de saúde que está atendendo este usuário. Por isso devemos manter o apoio e compreensão, demonstrando aceitação de sua pessoa, oferecendo tranquilidade e segurança (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Os sentimentos dos profissionais servem para formar um feedback sobre si mesmos e sobre suas relações com outros. Desta forma os profissionais podem expressar vários sentimentos como, felicidade pela melhora de um paciente, decepção quando este paciente volta a ser hospitalizado por não aderirem o tratamento em muitos casos, angústia quando o paciente recusa ajuda, raiva quando este paciente é manipulador e ameaça a equipe (STUART; LARAIA, 2001).

Entretanto, é necessário que o profissional saiba lidar com estes sentimentos de forma construtiva, a favor do cuidado, cuidando para não se tornar prejudicial no relacionamento terapêutico.

Para compreender estes sentimentos, é necessário o profissional de saúde estar aberto, o que pode ajudar na reabilitação da pessoa em sofrimento. Assim, os profissionais devem estar atentos aos sentimentos que transmitem ao paciente, pois poderá determinar o vínculo e também a adesão correta do tratamento (STUART; LARAIA, 2001).

Lidar com situações de crise em saúde mental também envolve sentimento de pena, impotência e sensação de insegurança, conforme relato dos entrevistados:

*“Tenho sentimento de impotência e insegurança, porque queremos ajudar o paciente mas, muitas vezes não sabemos como, pois a conversa não resolve em muitos casos, mas sabemos que é uma crise e que é naquele momento e que vai passar” (E3).*

*“Tenho um grande sentimento de pena, pois se a enfermeira não se impõem com a equipe, não protege o paciente, ele vai ficar jogado em qualquer canto, me sinto muito impotente nestas situações” (E6).*

Na relação com o paciente, o cuidado exige muita dedicação e desvelo, a equipe multiprofissional precisa atender com amor e dedicação sem haver discriminação por ser um paciente psiquiátrico. São comuns os sentimentos de angústia e tristeza, principalmente quando estabelecemos um vínculo e este paciente nos rejeita, não aceitando a nossa ajuda, surgindo sentimentos de impotência e até mesmo incapacidade (SILVA; SILVA, OLIVEIRA, 2012).

Percebe-se, a partir do relato dos profissionais durante as entrevistas, que, lidar com situações de crise, envolve vários sentimentos como medo, tristeza, impotência, insegurança e até mesmo o sentimento de pena. Estes sentimentos são comuns e normais, pois a empatia e relacionamento terapêutico envolvem o processo de cuidado, possibilitando que o profissional possa imaginar-se na situação do paciente. Entretanto, torna-se necessário estes sentimentos e que seja trabalhado de forma construtiva, possibilitando um cuidado focado na dignidade, respeito, afeto, acolhida das necessidades dos usuários em crise.

Assim, atender pessoas em situação de crise torna-se um grande desafio, o profissional da saúde necessita de disponibilidade para escuta, diálogo, paciência, conhecer-se a si mesmo enquanto profissional de saúde e autorreflexão sobre o processo de cuidado, possibilitando a reabilitação da paciente em crise.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou analisar o cuidado em saúde mental em situações de crise em um hospital geral na visão da equipe multiprofissional. Este cuidado envolve o conhecimento e entendimento sobre a temática, tipo de atendimento realizado, sentimentos da equipe, suas dificuldades no atendimento a situações de crise.

A equipe multiprofissional compreende que situações de crise envolvem alterações no pensamento, orientação, senso percepção, conduta, alterações psicomotoras e afeto, podendo variar desde o grau mais leve até situações mais graves, envolvendo risco de vida com tentativas de suicídio.

No atendimento a situações de crise, a escuta e o diálogo é fundamental e devem ser usados como a primeira estratégia de cuidado, favorecendo o relacionamento terapêutico entre profissional e pessoa em situação de crise, ajudando estes indivíduos acionar seus recursos internos próprios, desenvolver confiança em si mesmo, oferecendo apoio e conforto da equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional participante deste estudo relata a prática da contenção medicamentosa e física, pois, em alguns momentos o comportamento agressivo do indivíduo em crise acaba provocando medo nos profissionais de saúde, podendo gerar insegurança, prejudicando a assistência. A sensação de insegurança nos profissionais pode levar a contenções mecânicas e medicamentosas desnecessárias, quando os profissionais não conhecem a forma adequada de manejo durante o cuidado.

Entretanto, a carência na formação aparece como uma dificuldade e pode repercutir na assistência, podendo prejudicar e deixar a pessoa em situação de crise desamparada ou desassistida, aumentando assim seu sofrimento.

Este estudo evidenciou a importância da educação permanente à equipe multiprofissional, principalmente para a enfermagem que em muitas situações planeja as ações de cuidados à pessoa em crise. A educação continuada irá ajudar no atendimento a estes usuários, melhorando seu tratamento e reinserção social, nós profissionais devemos sempre aprimorar nossos conhecimentos, focando em uma melhor qualificação de trabalho e no mais importante, a satisfação em atender com qualidade e valorização dos pacientes da saúde mental.

Lidar com situações de crise, envolve vários sentimentos como medo, tristeza, impotência, insegurança e até mesmo o sentimento de pena. Estes sentimentos são comuns e normais, pois a empatia e relacionamento terapêutico envolvem o processo de cuidado, possibilitando que o profissional possa imaginar-se na situação do usuário. Entretanto, torna-se necessário que estes sentimentos sejam trabalhados de forma construtiva, possibilitando um cuidado focado na dignidade, respeito, afeto e acolhida das necessidades dos usuários em crise.

A assistência em saúde mental deve ser reavaliada e exige reflexões dos profissionais da saúde, pois o serviço deve estar apto a receber esta demanda, bem como com seus profissionais preparados e conscientizados sobre a importância do atendimento humanizado e digno ao cliente em crise.

Assim, atender pessoas em situação de crise torna-se um grande desafio, o profissional da saúde necessita de disponibilidade para escuta, diálogo, paciência, e autorreflexão sobre o processo de cuidado, possibilitando a reabilitação do usuário em crise.

Ressalta-se a escassez de literatura científica sobre a temática “crise em saúde mental”, dificultando a pesquisa em alguns aspectos. Neste sentido, mostra-se a relevância deste estudo e a necessidade de novas pesquisas sobre esta temática.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Revista Neurobiologia**. v. 72. n. 1. 2009. Disponível em: <[http://www.neurobiologia.org/ex\\_2009/Microsoft%20Word%20-%2011\\_Ribas\\_Fred\\_et\\_a\\_I\\_Rev\\_OK\\_.pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009/Microsoft%20Word%20-%2011_Ribas_Fred_et_a_I_Rev_OK_.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BARBOSA, Célia Regina Ramos et al. Atuação do enfermeiro frente aos modelos substitutivos no tratamento aos portadores de transtornos mentais. **Littera Docente e Discente em revista**. Rio de Janeiro. v. 1. n. 2. 2012. Disponível em: <<http://www.litteraemrevista.org/ojs/index.php/Littera/article/view/57/60>>. Acesso em: 05 abr. 2013.
- BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. v. 32. n. 2. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a03.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2013.
- BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide; BRITO, Andiara Araújo Cunegundes. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quando à urgência psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/214/pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, novembro de 2005.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portal da Saúde. **O que é reforma psiquiátrica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRISCHILIARI, Adriano. et. al. 2008. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 7. 2008. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20804/pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

CHEMIN, Beatris Francisca. **Manual da Univates para trabalhos acadêmicos: planejamento, elaboração e apresentação**. 2. Ed. Lajeado: Ed da Univates, 2012.

ESPINOSA, Ana Fernandez. **Psiquiatria: guia prático de enfermagem**. Ed. Mc Graw-Hill, 2000.

FASSARELLA, Cintia Silvia; CRUZ, Daniela Souza de Miranda; PEDRO, Silvia Letícia Barbosa. A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. v. 7. n.1. 2013. Disponível em: < <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/1902>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 6. n. 1. 2007. Disponível em: < <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

GOLDIM, José Roberto. **Manual de iniciação a pesquisa em saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2000.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. Ed. Florianópolis: UFC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. 8º edição. Ed. Hucitec, 2004.

NETO, Alcides Viana de Lima. et.al. Acolhimento e humanização da assistência em pronto-socorro adulto: percepções de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 3. n. 2. 2013. Disponível em: < <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8279/pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

OLIVEIRA, Alice G.B. **Entrevista inicial e exame psíquico**. Rio de Janeiro. Ed: Elsevier, 2013.

PAES, Marcio Roberto. et. al. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a04.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público. Legislação. **Porto Alegre**: Ministério Público do Rio Grande do Sul, 1992.

RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Enfermagem psiquiátrica – **Saúde Mental**: prevenção e intervenção. São Paulo. 1º edição. Ed. EPU, 1996.

SILVA, Naiara Gajo; SILVA, Priscila Patrícia; OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro. A percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. v. 11. n. 2. 2012. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11181/pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

SOUZA, Fernando Sérgio Pereira et. al. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Revista Escola de Enfermagem da USP.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Ilza Marlene Kuae; ARANTES, Evalda Cançado. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. São Paulo. Ed. Manole, 2008.

STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TEIXEIRA, Marina Borges et al. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo. Ed. Atheneu, 2001.

TOWNSEND, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Questionário

**UNIVATES****Curso de Bacharel em Enfermagem****Acadêmica: Caroline Hepp da Silva****Crise na saúde mental: Visão da Equipe Multiprofissional****QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL**

O que é crise?

Como se realiza o atendimento à crise?

Quais são as dificuldades no atendimento à crise?

Como é para você lidar com a crise?

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A pesquisa “Crise na saúde mental: Visão da equipe multiprofissional” tem como objetivo verificar como ocorre o atendimento defronte uma situação de crise, destacando suas dificuldades e conhecimentos. A realização deste projeto justifica-se pelo grande índice de pessoas com algum tipo de sofrimento mental que necessitam de atendimento especializado.

A coleta de dados será feita por meio de uma entrevista com perguntas norteadoras, cuja finalidade é verificar os conhecimentos teóricos da equipe multiprofissional, suas dificuldades e como é realizado o atendimento a estes pacientes com sofrimento mental.

Através dos dados coletados espera-se desenvolver uma nova visão do surto pelos profissionais da saúde, e assim produzir algumas propostas para melhor o atendimento.

A pesquisa não oferece riscos ou custos, somente um possível desconforto pelo tempo aproximado de 20 minutos para responder às questões, será explicado os objetivos da pesquisa, bem como o sigilo nominal. Os entrevistados terão a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem serem prejudicados.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação na pesquisa, pois fui informada de forma clara e detalhada.

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de não participar da pesquisa, sem que isso traga prejuízo;

- Da garantia de que não serei identificado quanto a divulgação dos resultados e que estas informações serão utilizados apenas para fins de pesquisa;
- Do compromisso do pesquisador de proporcionar-me informações atualizadas que foram obtidas durante a pesquisa;

O pesquisador responsável pela pesquisa é Eliane Lavall, cujo telefone é 99929218 sendo que os dados serão coletados pela acadêmica Caroline Hepp da Silva, cujo telefone é 81082464 para qualquer duvida que possa ainda precisar de esclarecimento.

Este termo de consentimento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UNIVATES e será redigido em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável pela coleta de dados.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Nome e assinatura do Pesquisador

---

Nome e assinatura do sujeito entrevistado