

VIOLÊNCIA CONTRA A EQUIPE DE ENFERMAGEM ADVINDA DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Ângela Gonçalves da Silva Pagliace

Enfermeira. Doutoranda em Prática Profissional da Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UPPR), Brasil.

E-mail: angela.mestrado@yahoo.com.br

Mariluci Alves Maftum

Enfermeira. Doutora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Brasil.

Tatiana Brusamarello

Enfermeira. Doutoranda em Prática Profissional da Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UPPR), Brasil.

Armando Pagliace Junior

Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência. Brasil.

RESUMO: Este artigo trata da pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa desenvolvida com 38 profissionais da equipe de enfermagem do pronto atendimento de um hospital geral e de ensino da cidade de Curitiba, estado de Paraná. Seu objetivo é verificar as formas de violências causadas por pacientes com transtorno mental a profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. Foi utilizada a técnica de análise temática categorial e os dados foram organizados em categorias. A violência vivenciada pela equipe de enfermagem provocada por pacientes com transtorno mental foi, na maioria das vezes, autoinfligida, com atos de machucar-se, tentar suicídio e contra suas famílias devido a conflitos familiares, seguida de violência verbal e, em menor proporção, de violência física contra a equipe. Há que se desenvolver e divulgar novas pesquisas com o mesmo escopo para que seja comprovado cientificamente que atribuir o caráter de violento a pacientes com transtorno mental é um mito socialmente construído.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Violência; Saúde Mental.

VIOLENCE AGAINST NURSING TEAM COMING FROM PEOPLE WITH MENTAL DISORDER

ABSTRACT: This paper address the descriptive exploratory qualitative approach with 38 professional nursing team of the emergency department of a general and teaching hospital of Curitiba city, Paraná state, aiming to verify the ways of violence caused by patients with mental disorder to nursing professionals. The data were collected through semi-structured interviews. It was used the technique of categorical thematic analysis and the data were organized into categories. The violence experienced by nursing team caused by mental disorder patients was, mostly, self-inflicted, with acts to hurt themselves, try suicide and against their families because of family conflicts, followed by verbal and physical violence, and, to a lesser extent, against the team. There is necessary to develop and release new researches with the same scope to be scientifically proven that attribute the violent nature to patients with mental disorder is a socially constructed myth.

KEY WORDS: Nursing; Violence; Mental Health.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem, em seus diversos campos de atuação, prestam cuidados a pacientes em estado de agitação psicomotora causada por transtornos de base orgânica ou mental.

Nessas situações pode ocorrer violência contra a equipe, principalmente, quando os profissionais carecem de capacitação específica para uma abordagem segura a pacientes com risco de agressividade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a demonstração de poder com uso de força intencional que constitui um meio de ameaça contra si próprio, outrem ou coletividade/grupo e que possa vir a causar danos físicos, psíquicos, privações, negligência ou mesmo a morte de um indivíduo. Caracteriza-se por todo e qualquer ato que tenha por fim intimidar ou coagir outrem moralmente ou com ações que tenham esse efeito. Constitui algo destrutivo, exercido com ímpeto ou vigor (OMS, 2014).

A violência pode ser classificada em três grandes categorias: autoinfligida, interpessoal e coletiva (OMS, 2014; DAHLBERG; KRUG, 2007). Ela ainda é classificada, conforme sua natureza, em atos físicos, sexuais, psicológicos e privações ou negligência. Estabelecer uma tipologia e uma classificação da violência contribui para buscar compreender seus padrões de ocorrência no cotidiano familiar, comunidade e ambiente, como a área da saúde (OMS, 2014).

Essa classificação constitui tentativa de captar a natureza da violência, o meio em que ela ocorre e a relação entre o ofensor e sua vítima. Contudo, possui limitações, pois há uma linha tênue que divide a violência entre um tipo e outro, linha esta nem sempre evidente e que impede a diferenciação (DAHLBERG; KRUG, 2007; CHAÚÍ, 2012; OMS, 2014).

Dentre os diversos locais em que pode ocorrer violência há o cenário do cuidado de enfermagem devido a estes profissionais desenvolverem a maioria de suas atividades junto aos pacientes e suas famílias. Tal possibilidade aumenta quando o paciente tem algum acometimento psíquico ou orgânico ou, ainda, comorbidades clínicas que podem desencadear manifestações comportamentais de agitação psicomotora ou agressividade, podendo voltar-se contra o profissional que o atende.

Manifestações de comportamento agitado e violento em algumas situações são advindas de pacientes com transtorno mental, o que caracteriza a situação como emergência. Em tal situação será necessária uma

abordagem específica visando o controle ou manutenção da segurança do paciente e dos demais em seu entorno (CASTRO et al., 2014).

Nos períodos em que o portador de transtorno mental apresenta exacerbação dos sintomas e procura por atendimento, seu primeiro contato num hospital ocorre com a equipe de trabalho de pronto atendimento, mais especificamente com a equipe de enfermagem, a qual estará em contato com o paciente por um maior tempo (PAES; MAFTUM, 2013).

A pessoa portadora de transtorno mental, por diversas vezes, é acometida por comorbidades clínicas e, assim, depende de serviços especializados para manutenção de sua saúde, incluindo UTI. Deve-se considerar que os profissionais de enfermagem tendem a atribuir o *status* de perigoso e agressivo ao portador de transtorno mental (PAES; MAFTUM, 2013).

Esse pensamento foi corroborado no estudo realizado com profissionais de enfermagem do pronto atendimento de um hospital geral no qual os sujeitos demonstraram receio, medo e comportamento de esquiva na prestação de cuidados ao paciente com transtorno mental (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). O medo leva à manutenção do estigma historicamente construído em torno dessa pessoa, tida como violenta e perigosa.

Fato a ser considerado é que a violência praticada pelo portador de transtorno mental não se dá de forma indiscriminada nem é praticada contra qualquer pessoa, mas normalmente ocorre contra um familiar ou alguém de seu convívio. Também convém atentar-se ao fato de que geralmente o paciente passível de causar violência é aquele que apresenta alteração no pensamento, com delírios, alucinações, ilusões que podem comandá-lo a agir de tal forma (SADOCK; SADOCK, 2017).

O cuidado do enfermeiro com um paciente em situação de agitação psicomotora deve proporcionar suporte global para este indivíduo porque o profissional será seu elo com a realidade, a liga que reunirá os fragmentos e tentará organizar o emaranhado desconexo em que sua mente encontra-se. O profissional deve dar credibilidade à situação pela qual o paciente está passando, compreender o sofrimento que isso causa-lhe, sem sustentar o delírio ou fortalecê-lo (CAVELÃO et al., 2015). Outrossim, há que se atentar para a prática

do cuidado multiprofissional que traz benefícios tanto para o indivíduo em sofrimento psíquico quanto para o processo de trabalho em si (SUGYAMA; BUZZO; OLIVEIRA, 2016).

Assim, o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente é instrumento precípuo e base de todo o cuidado em saúde mental, visto que esse profissional deve compreender as necessidades do indivíduo que sofre mentalmente e desenvolver habilidades para intervir neste cenário. É através desse relacionamento que o enfermeiro pode identificar, descrever e avaliar os cuidados sistematizados por ele (MAFTUM et al., 2017).

Em qualquer área de atuação da enfermagem, principalmente nos serviços especializados de saúde mental, os profissionais precisam aprofundar seus conhecimentos sobre os diferentes transtornos e compreender a dinâmica de pensamento do paciente para oferecer cuidados de enfermagem que promovam sua segurança e assegurem um tratamento eficaz.

Este estudo foi disparado pela questão norteadora: Como se dá a vivência da violência advinda do paciente com transtorno mental pela equipe de enfermagem na prática profissional? Ele teve como objetivo verificar as formas de violências advindas de paciente com transtorno mental a profissionais de enfermagem.

2 METODOLOGIA

Pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa, cuja abordagem intenta compreender a totalidade do ser humano dando valor a sua experiência em cenários naturais de seu cotidiano. Busca contemplar aspectos das dimensões e singularidades do ser humano, pois o significado que este atribui as suas experiências emerge do meio no qual vive (MINAYO, 2014).

O campo para realização desta pesquisa foi o pronto atendimento (PA) de um hospital geral da cidade de Curitiba, estado do Paraná. Esse PA subdivide-se em duas unidades de atendimento: Emergência e Observação. A escolha desse local justifica-se por ser a porta de entrada do hospital, onde se encontra a totalidade da clientela

com quadros clínicos variados atendidos na instituição, dentre esses, pacientes com comorbidades psiquiátricas oriundas de problemas clínicos.

Dos 51 profissionais de enfermagem que atuam no PA nos turnos da manhã, tarde e noite, 38 foram entrevistados: enfermeiros (5), técnicos de enfermagem (5) e auxiliares de enfermagem (28). O tempo de trabalho dos participantes na área de enfermagem varia de 3 anos e 9 meses a 28 anos. Os critérios de inclusão para os participantes dessa pesquisa foram: ter como campo de atuação o PA, ser membro da equipe de enfermagem e concordar em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não se propusessem a conceder entrevista aos pesquisadores. Com o intuito de manter o anonimato dos participantes foi realizada codificação das falas através do uso da letra "P" (participante) seguida de números arábicos (P1, P2, etc.).

Foi feita uma reunião com a coordenação de enfermagem e os enfermeiros supervisores para apresentação do tema, objetivo da pesquisa e esclarecimentos de dúvidas. Na sequência, o enfermeiro supervisor apresentava a pesquisadora à equipe pela qual era responsável e, assim, as entrevistas ocorreram nas unidades, numa sala reservada, indicada pela chefia de enfermagem, conforme a disponibilidade de cada entrevistado, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados desta pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. A coleta e análise foram realizadas entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012, sendo norteadas pela questão: Relate as formas de violência provocadas por pacientes com transtorno mental que você vivenciou em sua trajetória profissional na enfermagem.

Os dados foram analisados por meio da análise temática categorial (BARDIN, 2011) e organizados nas categorias: violência autoinfligida e violência verbal e física.

Este artigo é parte da pesquisa "Violência à equipe de enfermagem pelo portador de transtorno mental" aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, no Setor de Ciências da Saúde, com o Registro nº 1017.142.10.09.

3 RESULTADOS

Houve relatos dos participantes sobre a violência vivenciada no Pronto Atendimento, local onde foi realizada esta pesquisa, e menção àquelas ocorridas em outros locais nos quais eles trabalharam. As formas de violência provocadas por pacientes com transtorno mental contra a equipe e relatadas pelos sujeitos foram a autoinfligida - a mais frequente -, seguida da verbal e, em menor proporção, a física.

3.1 VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA

Os participantes relataram que é raro ocorrer violência contra a equipe de enfermagem, porém é comum que o paciente com transtorno mental agrida fisicamente a si próprio com atos de machucar-se, provocar cortes, cometer suicídio. Também ocorre violência contra a família que se dá, normalmente, devido a conflitos familiares, conforme descrito a seguir:

Tinha uma paciente que quando ia tomar banho passava a unha muito forte na pele, fazia um movimento que ficava toda marcada no corpo inteiro, eu perguntava por que fazia aquilo e ela respondia que era para lavar bem. Passava as unhas com força e saía do banho com aquele vermelhão na pele, dava a impressão que aquilo estava doendo, mas ela dizia que não, que era para ficar bem lavado (P.4).

[...] uma paciente [...] que tinha transtorno mental [...] ficou confusa e quando cheguei lá, ela estava se autoagredindo, estava arrancando os cabelos dela mesma (P.9).

[...] eu trabalhava num outro setor, uma paciente psiquiátrica enforcou-se, eu vi e fiquei abalada. Ela não estava fazendo tratamento, nem sei o que falar, um dia de manhã ela foi ao banheiro e enforcou-se no chuveiro com um lençol (P.11).

Tinha um paciente que ficava sentado escutando jogo no rádio, mas, na verdade [...], ele ficava pensando no que ia fazer, porque eles são muito inteligentes [...] estava escutando o jogo, mas na verdade estava disfarçando [...] mais tarde ele pegou o lençol e amarrou na janela do banheiro e enforcou-se (P.20).

Trabalhei seis anos no SAMU, mas

agredir a equipe de enfermagem é muito raro [...]. Vi paciente psiquiátrico agredir mais a família ou a si próprio [...] acontecem casos de suicídio, machucar-se, cortar-se, isso é bem comum. Mas, normalmente, a violência acontece [...] por conflito familiar (P.24).

[...] um paciente que veio aqui que tinha transtorno mental [...] fazia mal para ele mesmo, batia a cabeça na parede [...], estava todo marcado porque se autoflagelava [...]. Ele não atacou a equipe em momento nenhum, gritava e batia a cabeça, e quando fizeram a medicação ele acalmou-se (P.28).

[...] tinha uma paciente aqui no consultório [...] ela falava umas coisas horríveis, parece que tinha delírios religiosos, falava umas coisas meio estranhas de Jesus Cristo, como "me possui", estilo o filme O Exorcista [...]. Teve uma hora em que ela começou a bater-se, aí para não se machucar, sedaram e fizeram contenção nas mãos dela, mas não agrediu a equipe nem verbalmente nem fisicamente (P.13).

A vivência profissional dos participantes desta pesquisa demonstra que a ocorrência de violência deu-se, em sua maioria, na forma autoinfligida e que estes pacientes não causaram dano a outrem, senão a si próprios. Foram enfáticos ao relatar a presença de delírios e alucinações e que em situações como esta o membro da equipe machucou-se ou foi agredido quando tentava impedir que o paciente cometesse a autoagressão, o que não caracteriza violência contra o profissional, pois não foi dirigida a ele, como observado nos depoimentos seguintes:

[...] tentando segurá-la para que não se agredisse, ela acabou agredindo a auxiliar de enfermagem. O paciente segurou forte e quase quebrou o dedo dela. [...] depois eu fiz contenção química. No outro plantão, eu conversava com ela e ela não lembrava da situação [...]. No dia em questão ela falava palavras desconexas, confusas, dizendo que alguém vinha matá-la e que Deus não ia deixar (P.9).

3.2 VIOLÊNCIA VERBAL E FÍSICA

Aviolência verbal foi relatada pelos participantes como ocorrendo com certa frequência, sendo superior à física, advinda de pacientes em geral e também daqueles com transtorno mental. Destacaram que quando a agressão verbal vem um paciente com transtorno mental, não se pode discutir com ele devido ao seu nível de consciência estar alterado e por ele estar em surto.

Ressaltaram que alguns comportamentos, como a agressão verbal, são decorrentes de transtorno mental e que os profissionais precisam saber reconhecer que o paciente está com a consciência alterada. Afirmaram que a violência verbal normalmente não é levada em consideração pelos profissionais de enfermagem:

A agressão verbal geralmente é maior que a física. Quando a gente vê que o paciente está com uma encefalopatia, por exemplo, que fica confuso ou mesmo com o paciente psiquiátrico, a gente não vai poder discutir com ele porque ele não está no nível de consciência normal. Você sabe que tem que relevar, você é um profissional e tem que saber quando uma pessoa com nível de consciência normal está falando e quando está em surto (P.3).

Tem bastante agressão verbal e a gente nem leva isso em consideração. Tinha uma paciente com uma patologia que fazia ela se sentir como fosse a irmã do presidente do Brasil [...] ela pegava o celular e falava como se tivesse ligando para algum deputado ou alguma coisa [...] se dizia bem poderosa e acabou agredindo verbalmente a equipe (P.20).

O paciente psiquiátrico agride muito a gente verbalmente, temos muitos relatos de agressão verbal (P.28).

Nas falas anteriores os participantes relataram que as violências autoinfligida e verbal são as mais frequentes. Contrapondo, P.5 afirmou que ocorre mais violência física advinda do paciente com transtorno mental do que outros tipos de agressão e, que a violência verbal advém de paciente que está consciente, que não tem transtorno mental:

Acontece mais violência física com paciente psiquiátrico [...] um pontapé ou um soco ou coisa que aca-

ba sobrando para alguém [...] do paciente debater-se. Geralmente a violência psicológica [...] acontece com paciente que é mais consciente, que geralmente é por outra patologia que ele está aqui internado. Com o paciente psiquiátrico acontece violência física durante período de confusão e agitação na hora de medicar (P.5).

4 DISCUSSÃO

Pesquisas desenvolvidas sobre a temática da violência corroboram com nossos resultados ao afirmar que quando a violência advém de pacientes acometidos de transtornos mentais, esta ocorre com mais frequência na forma autoinfligida do que por heteroagressão (VIDAL; GONTIJO, 2013; OMS, 2014).

Além do conflito familiar, os sujeitos P.4, P.9 e P.20, mencionaram o comportamento com ideias suicidas, a tentativa ou a efetivação do suicídio como violência autoinfligida pela pessoa com transtorno mental. Nesse tipo de violência, o indivíduo pratica atos físicos ou psicológicos contra si. Outra característica atribuída à violência autoinfligida é o comportamento autoabusivo, como mutilações corporais (OMS, 2014).

Estudo realizado com 8 pacientes com personalidade *borderline* constatou que a maioria deles apresentou comportamento suicida com ideias ou mesmo com tentativa de suicídio e somente 1 sujeito tinha comportamento agressivo, demonstrado por explosões de raiva quando suas vontades eram contrariadas. A pesquisa apontou que um dos sujeitos havia sido vítima de violência sexual da infância à adolescência (HIDAY et al., 2002). Isso reafirma o fato da vitimização poder incorrer em violência praticada por pacientes com transtorno mental (TEPLIN et al., 2005).

Os delírios, conforme relato de P.9 e P.13, são mais frequentes em pacientes com esquizofrenia e estão ligados ao conteúdo do pensamento que podem ser persecutórios, de grandeza, religiosos e, ainda outros representados pela somatária destes (TOWNSEND, 2015; SADOCK; SADOCK, 2017). Dentre os delírios citados pelos sujeitos o persecutório é o mais comum em que o paciente acredita que está sendo seguido ou que as

pessoas falam a seu respeito. Em situações como estas por pensar de forma desconexa o paciente pode se tornar violento para se defender (CAVEIÃO et al., 2015).

Além do delírio, há alucinações, que são alterações do conteúdo da percepção, sendo frequentes as auditivas, primeiras a aparecer e últimas a deixarem de existir. Assim, o paciente pode ouvir vozes comentando seu pensamento ou ações como forma de antecipação daquilo que irá fazer. Estas vozes acompanham o indivíduo dia e noite. Algumas vezes, os pacientes têm consciência de que o que acontece é devido à doença, mas em algumas situações não conseguem distinguir a realidade da alucinação, por esta ser tão real para ele, podendo ocorrer violência instigada pelas alucinações (TOWNSEND, 2015; SADOCK; SADOCK, 2017).

Na fala de P.5 percebe-se que a violência acontece de forma física durante o atendimento, quando o paciente debate-se. A esse respeito, encontramos na literatura que na agitação psicomotora o paciente pode apresentar movimentos com intenção de agredir ou não. Em muitos casos, ele tenta desvencilhar-se da contenção e atinge um membro da equipe, o que é associado à violência ou agressividade (POTTER; PERRY, 2013).

O comportamento agressivo manifestado por um paciente com transtorno mental, não deve ser considerado normal. Este não ocorre isoladamente, sendo sempre associado a um fator desencadeante que pode ocorrer em resposta a um momento de estresse ou decorrente de delírios ou alucinações advindas do transtorno (SILVA, 2012).

Ainda que se tenha uma imagem historicamente construída da pessoa com transtorno mental como perigosa, ela não deve ser considerada mais violento que qualquer outra pessoa, mas sim vítima de agressão em maior escala (VIDAL; GONTIJO, 2013; CAVEIÃO et al., 2015). O paciente com transtorno mental pode produzir violência autoinfligida em maior escala e, em muitas ocasiões, motivada por delírios ou alucinações, reportou-nos a literatura (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Isso remete que os profissionais de enfermagem necessitam aprofundar-se nos conhecimentos específicos da área de saúde mental sobre os diferentes transtornos e compreender a dinâmica de pensamento do paciente para oferecer cuidados de enfermagem que promovam sua segurança e assegurem um tratamento eficaz.

Na fala de P.3 percebe-se que este reporta-se à necessidade de reconhecer quando o paciente está em fase aguda de seus sintomas e, por isso, necessita de uma abordagem diferenciada em tal momento.

A agitação psicomotora é considerada uma urgência clínica e, portanto, requer preparo da equipe de enfermagem para o atendimento do paciente neste momento crítico. O estado de agitação psicomotora, normalmente acompanhado de verborragia, medo, ansiedade e idéias desconexas, pode significar risco para a equipe de enfermagem quando não há preparo para esta abordagem. Assim, é importante o reconhecimento da situação pelos profissionais para não confrontar o paciente, mas sim oferecer uma abordagem terapêutica na qual o profissional fala e ouve o que o paciente tem a dizer (POTTER; PERRY, 2013; TOWNSEND, 2015).

Quando se presta cuidados a um paciente com manifestação de agressividade deve-se dar atenção a alguns sinais e sintomas que podem apontar para o risco de violência ou não. Entre outros, os sinais são confusão mental e alterações psicóticas e os sintomas são alteração do nível de consciência, sudorese, hipoglicemia, choque, delírios e alucinações, entre outros. A avaliação física e neurológica deve ser feita de forma precisa e com a agilidade que uma situação de emergência requer (POTTER; PERRY, 2013).

Assim, o estudo (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010) que apontou que os profissionais da enfermagem demonstravam indisponibilidade para o cuidado a pacientes com transtorno mental por serem estes causadores de violência contra a equipe, contraria ao encontrado nesta pesquisa de que a violência advinda desse indivíduo ocorre, sobretudo, contra ele próprio.

Isso remete-nos à questão do mito de violenta socialmente conferido ao paciente com transtorno mental, corroborado nesta pesquisa pelas falas anteriormente mencionadas dos sujeitos que dizem, subliminarmente, que este paciente não é o maior causador de violência contra a equipe. A fala de P.5 afirma que a violência física que a equipe sofre é a que mais acontece e advém de pacientes com transtorno mental em momentos de confusão mental ou agitação motora durante o desenvolvimento de cuidados. Isso vai de encontro ao que a literatura apresenta quando afirma que pessoa com

transtorno mental é muito mais vítima que perpetradora de violência (TEPLIN, 2005).

Quanto mais vítima de violência for um indivíduo com transtorno mental, maior a probabilidade de cometer atos violentos contra outrem. A vitimização está fortemente ligada ao comportamento violento apresentado pelo paciente, sustentando a tese de que o ambiente contribui fortemente para a ocorrência ou não de violência (SILVA, 2012; SMELTZER, 2014; TOWNSEND, 2015).

A vitimização deve ser investigada, pois, quando ocorre repetidas vezes, pode levar à desconfiança, gerando situações de estresse e conflitos e fazendo com que o indivíduo reaja como violência. Isso cria um ciclo no qual a vítima acaba tornando-se perpetradora de violência (CHOE; TEPLIN; ABRAN, 2008).

Há necessidade do desenvolvimento de estudos que comparem agressão e vitimização na mesma amostra de pacientes, com o intuito de saber se o paciente que agride já foi vítima de violência (SILVA, 2012). A vitimização contra portadores de transtorno mental é o maior problema de saúde pública para esses indivíduos, tanto em ambiente hospitalar quanto na comunidade. Eles são vítimas de roubo, agressão física, descaso, entre outros, contudo, são escassas as pesquisas desenvolvidas com estes indivíduos na comunidade, a maioria dos estudos é feito com indivíduos hospitalizados (TEPLIN et al., 2005).

Considerando que o paciente vitimizado por violência possui maior probabilidade de tornar-se agressivo, analisamos a literatura que afirma que a agressão é um instinto de defesa do ser humano (SMELTZER et al., 2014). Acreditamos que a violência provocada por este paciente seja uma resposta a uma agressão percebida por este que pode ou não ser real, como, por exemplo, quando ela mostra-se através dos seus delírios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais entrevistados mencionaram ser rara a ocorrência de violência contra a equipe de enfermagem e que, em maior escala, vivenciaram a autoagressão. Contudo, a heteroagressão também foi

observada advinda de pacientes com transtornos mentais e motivada por conflitos familiares. Nas situações em que o paciente com transtorno mental usou de violência contra si ou mesmo contra a equipe, conforme relatos dos profissionais, estes eram guiados por delírios ou alucinações, o que vai ao encontro da literatura que versa sobre a temática.

Os participantes chamaram atenção para a necessidade de reconhecer que o comportamento do paciente em situações de agressividade dá-se em decorrência do transtorno que o acomete. Esse reconhecimento influencia na atitude do profissional que o atende, pois compreende que a agressividade do paciente não é gratuita.

A temática da violência provocada por pacientes com transtorno mental é um assunto amplo que merece discussões mais abrangentes e divulgação com o intuito de desfazer o mito historicamente arraigado do paciente com transtorno mental ser violento e causador de violência contra profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 10. ed. São Paulo: Edições, 2011.
- CASTRO, A. R. S. de; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R.; MANTOVANI, M. de F.; NIMTZ, N. A.; MARIOTTI, M. C. Perceptions of nursing team about patients with agitated behavior and / or aggressive. *J Nurs UFPE online* Recife, v. 8, n. 7, p.1868-75, 2014.
- CAVEIÃO C.; HEY, A. P.; MONTEZELI, J. H.; SALES, W. B.; VISENTIN, A.; KALED, M. Portador de transtorno mental em situação de emergência: dificuldades de atendimento percebidas pela equipe de enfermagem em uma unidade mista. *Cad. da Esc. de Saúde*, Curitiba, v.2, n.14, p. 21-31, 2015.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 14. ed. São Paulo: Afiliada, 2012.
- CHOE, J. Y.; TEPLIN, L. A.; ABRAM, K. M. Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, v. 59, n. 2, fev. 2008.

- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11(Sup), p. 1163-1178, 2007.
- HIDAY, V. A.; SWANSON, J. W.; SWARTZ, M. S.; BORUM, R.; WAGNER, H. R. Victimization: a link between mental illness and violence? **Int. J. Law Psychiatry**, v. 24, P. 559-572, 2002.
- LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MAFTUM, M. A.; PAGLIACE, A. G. da S.; BORBA, L. de O.; BRUSAMARELLO, T.; CZARNOBAY, J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Rev online de Pesq: Cuid. é Fund.**, v. 9, n. 2, p. 309 – 314, 2017.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre prevenção da violência 2014**. World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 10/05/2017.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Percepções da equipe de enfermagem de um pronto atendimento sobre a pessoa com transtorno mental. **Rev Enferm UFSM**, v.3, n3, p. 461-469. 2013.
- PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 31, n. 2, p. 277-84, jun. 2010.
- POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SILVA, A.G. **A vivência da equipe de enfermagem sobre a violência praticada por pacientes com transtorno mental**. 2012. 124f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2012.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- SUGUYAMA, P.; BUZZO, L. S.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Desvelando a vivência da equipe multiprofissional no cuidar do paciente esquizofrênico. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 65-71, maio/abril 2016.
- TEPLIN, L. A.; MCCLELLAND, L. A.; ABRAM, K. M.; WEINER, D. A. Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the national crime victimization survey. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 62, n. 8, p. 911-921, 2005.
- TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.108-114, 2013.

Recebido em: 27 de maio de 2017

Aceito em: 07 de julho de 2017