



**e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra**

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

**Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de
Comportamentos Agressivos em Contexto Psiquiátrico**

Aida Maria da Costa Paredes Bessa

Coimbra, Julho de 2017



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão de Comportamentos Agressivos em Contexto Psiquiátrico

Aida Maria da Costa Paredes Bessa

Orientadora: Doutora Maria Isabel Dias Marques, Professora Coordenadora, ESEnfC

Co-orientador: Mestre Amorim Gabriel Santos Rosa, Professor Adjunto, ESEnfC

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Coimbra, Julho 2017

PENSAMENTO

“O homem é mais resistente que o ferro, mais forte que a pedra e mais frágil que uma
rosa”.

Provérbio Turco

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas de quem cuido...

AGRADECIMENTOS

Após a conclusão deste trabalho quero agradecer a todos os que directa ou indirectamente tornaram possível a sua realização.

Á minha família por toda a compreensão e apoio demonstrado ao longo deste percurso.

Á minha orientadora, Senhora Professora Isabel Marques e co-orientador Senhor Professor Amorim Rosa, por terem abraçado este projeto, pelo esforço, pela compreensão, pelo tempo, pelas sugestões, e as reflexões conjuntas que me fizeram evoluir, e por me ensinarem que é sempre possível fazer melhor.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e em especial à Senhora Enfermeira Chefe Goreti Neves, pela amizade e incentivo.

A TODOS, A MINHA PROFUNDA GRATIDÃO!

RESUMO

O comportamento agressivo emerge na interação social sendo por isso considerado como um processo decorrente da relação entre a pessoa e o seu ambiente físico, social e cultural através do tempo. Nestas situações, em que a pessoa se encontra a viver processos de transição geradores de respostas humanas desajustadas, indutores de processos de sofrimento mental como a manifestação de comportamentos agressivos, emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados. Pretendeu-se analisar os dados mais relevantes dos estudos acerca das intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, em função do perfil do risco dos doentes.

Efetou-se uma revisão integrativa da literatura, em bibliotecas de organismos nacionais e internacionais, com recurso ao motor de busca B-On, base de dados PubMed - a partir da questão "Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, em função do perfil do risco dos doentes?" Utilizaram-se as palavras-chave: *Nursing Interventions, Violence, Aggression, Riske Psychiat**. Consideraram-se 343 artigos publicados no período 2004-2016, em Português, Espanhol, Francês ou Inglês e texto integral. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 10 artigos que foram analisados segundo o protocolo previamente definido.

Cinco abordaram de forma completa ou parcial as medidas de prevenção e gestão implementadas para lidar com os incidentes de agressão, os restantes destacam a implementação de intervenções com o intuito de prevenir os comportamentos agressivos. As intervenções de enfermagem premiadas são as não restritivas (comunicacionais e técnicas de *de-escalation*). A observação surge como primeira intervenção, incluindo a avaliação do risco. Nas medidas de contenção surgem a contenção ambiental e química.

Concluiu-se que a avaliação do risco de comportamentos agressivos, com estratificação do mesmo, seguido da implementação de medidas preventivas/gestão, adaptadas ao nível risco, poderá ser facilmente implementada nas rotinas dos

serviços. E consequentemente contribuir quer para a redução da incidência e gravidade destes comportamentos quer para a melhoria da gestão/redução das medidas coercivas.

Palavras-chave: Comportamentos agressivos; Contexto Psiquiátrico; Prevenção; Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

Aggressive behavior emerges in social interaction and is therefore considered as a process arising from the relationship between the person and his physical, social and cultural environment over time. In these situations, where the person is experiencing transition processes that generate misaligned human responses, inducing processes of mental suffering as the manifestation of aggressive behaviors, the need to provide specialized nursing care emerges.

The aim of this study was to analyze the most relevant data from the studies about Nursing Interventions in the prevention and management of aggressive behaviors in the psychiatric context, according to the risk profile of the patients.

An integrative review of the literature was carried out, in libraries of national and international organizations, using the B-On search engine, PubMed database - from the question "What Nursing interventions in the prevention and management of aggressive behaviors in psychiatric context, according to the risk profile of the patients?" The following keywords were used: Nursing Interventions, Violence, Aggression, and Risk Psychiat*. 343 articles were considered published in the period 2004-2016, in Portuguese, Spanish, French or English and full text. After applying the inclusion and exclusion criteria, we obtained 10 articles that were analyzed according to the previously defined protocol.

Five articles addressed the prevention and management measures implemented to deal with the incidents of aggression, the others emphasize the implementation of interventions to prevent aggressive behavior. Award-winning nursing interventions are non-restrictive (communicational and de-escalation techniques). Observation emerges as the first intervention, including risk assessment. Environmental and chemical containment arise in the containment measures.

It was concluded that the risk assessment of aggressive behaviors, with stratification of the same, followed by the implementation of preventive/management measures, adapted to the risk level, could be easily implemented in the routines of the services. It therefore contributes both to reducing the incidence and severity of these behaviors and to improving the management / reduction of coercive measures.

Keywords: Aggressive behaviors; Psychiatry Context; Prevention; Nursing Interventions

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo.

27

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela 1 - Fases no desenvolvimento de comportamentos agressivos.	27
Tabela 2 - Identificação dos focos e respetivos diagnósticos.	35
Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos.	44
Tabela 4 - Resumo da evidência encontrada.	49

LISTA DE SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

BVC – Brøset Violence Checklist

CNSM – Coordenação Nacional Saúde Mental

EESMP – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

EEESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

MCA- Mental Capacity Act

OE – Ordem dos Enfermeiros

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

R/L- Revisão Integrativa da Literatura

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

.

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	21
1. PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO: DA COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO	25
1.1. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS	25
1.2. PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS	28
2. INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO	33
2.1.FOCOS DE ATENÇÃO PRIORITÁRIOS	33
2.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	35
3. METODOLOGIA	43
3.1 PESQUISA DE LITERATURA	44
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
4.1 SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NOS ESTUDOS	52
4.2 SÍNTESE DESCRITIVA DOS ESTUDOS SELECIONADOS	53
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
5.1. CARATERÍSTICAS DOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE AGUDOS QUE DESENVOLVEM COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO	61
5.2. PERFIL DE RISCO DOS DOENTES QUE APRESENTAM COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO	62
5.3. CARACTERÍSTICAS DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DOS DOENTES EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO	64
5.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E GESTÃO DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO	65
6. CONCLUSÃO	73
BIBLIOGRAFIA	77
APÊNDICES	
APÊNDICE I – proposta de intervenção do EESMP a nível da prevenção e gestão	

dos comportamentos agressivos tendo por base a avaliação do risco de violência (Marques et. al., 2015 a) e as fases da agressividade (Mason & Chandley, 1999).

INTRODUÇÃO

A violência e a agressão são problemas de saúde pública presentes na sociedade com diferentes formas de manifestação (Liu, 2011). A sua incidência está declaradamente a aumentar, bem como as preocupações sobre a sua gestão estão a crescer (Duxbury & Whittington, 2005). As implicações dos comportamentos agressivos dos doentes internados em contexto psiquiátrico contra os profissionais de saúde assumem proporções consideradas relevantes, envolvendo consequências a nível individual, institucional e social não só em Portugal mas em todo o mundo (Direção Geral de Saúde - DGS, 2006).

O controlo de comportamentos de risco é um desafio para as equipas de saúde, pois comprometem o ambiente terapêutico e interferem com a segurança de outros doentes, desmoralizando os profissionais de saúde e causando consequências nefastas Abderhalden et al. (2006), Stewart, Bowers, Simpson, Ryan & Tziggili (2009) e Fluttert, Meijel, Nijman, Bjørkly. & Grypdonck (2010). Os mesmos autores sublinham a importância de analisar o risco deste tipo de comportamentos de modo a agir apropriadamente e, conseqüentemente, facilitar a prevenção. Sabe-se, todavia, que a eficácia das respostas terapêuticas resulta da sua adequação e esta, por sua vez, dependerá necessariamente da avaliação precoce dos sinais de alerta de agressão. A investigação sobre as razões para a ocorrência de agressão em contexto de internamento psiquiátrico de agudos admite que os comportamentos agressivos poderão ser de etiologia multifatorial (Duxbury & Whittington, 2005), sendo classificados como internos (do doente), externos (ambientais) e/ou interpessoais (relacional) (Ferreira & Florido, 2011).

Com o objetivo de diminuir o uso de medidas restritivas privilegia-se as estratégias de prevenção e gestão de risco nos comportamentos agressivos, que assegurem a prestação de cuidados de elevada qualidade, envolvendo uma avaliação criteriosa das intervenções (Hamolia, 2001), garantindo que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise (DGS, 2007). Todavia, são escassos os estudos publicados que explorem o impacto das intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental (Paes, Borba & Maftum, 2011).

No âmbito da realização da dissertação no Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [ESENFC]; atendendo à oportunidade de integrar o grupo de investigadores que se dedica ao projeto estruturante “Violência em Psiquiatria: da compreensão à promoção da segurança dos protagonistas envolvidos” inserido na UICISA:E da ESENFC; considerando a experiência clínica no âmbito da prestação de cuidados a doentes em fase aguda da doença psiquiátrica, impulsionou a escolha desta temática.

Pelo exposto, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura no sentido de responder à questão de investigação Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, em função do perfil do risco dos doentes? A fim de sistematizar o conhecimento existente acerca dos resultados oferecidos pela literatura sobre as intervenções de enfermagem, na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico de agudos, considerando os níveis de risco neste domínio.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Identificar as características sócio-demográficas e clínicas dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos que desenvolvem comportamentos agressivos;
- Estabelecer o perfil de risco dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos que apresentaram comportamentos agressivos;
- Reconhecer as características dos comportamentos agressivos dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos;
- Analisar os focos de atenção e as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.

A sistematização destas orientações visa potenciar uma prática baseada em evidências, o que no contexto atual representa uma mudança de paradigma importante na disciplina de Enfermagem e também na especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo que os enfermeiros EESMP terão de assumir responsabilidades na pesquisa, crítica e síntese da literatura empírica relacionada com a sua prática (Zauszniewski, Bekhet & Haberlein, 2012). Atualmente reconhece-se que a prática de Enfermagem deve ser baseada em evidências científicas que sustentem a tomada de

decisão para uma melhor intervenção, por isso mesmo a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde (Sousa, Silva & Carvalho, 2010).

O presente trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos: a primeiro diz respeito à revisão teórica dos conceitos: Comportamentos Agressivos, sua caracterização, prevenção e intervenção; a segunda parte diz respeito às intervenções autónomas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, na prevenção dos Comportamentos Agressivos em Contexto Psiquiátrico; a terceira parte diz respeito à metodologia da pesquisa para a recolha e análise dos dados; na quarta são apresentados os resultados dos artigos selecionados; e por fim é feita a discussão dos resultados, com o objetivo de responder à questão inicialmente defendida.

1. PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSQUIÁTRICO: DA COMPREENSÃO À INTERVENÇÃO

Neste capítulo serão abordadas as principais questões relativas ao fenómeno dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, especificamente o seu significado, como se explicam, caracterizam e previnem.

1.1. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS

O risco de uma pessoa vir a ter um comportamento agressivo¹ liga-se com a sua perigosidade. Este fenómeno refere-se à probabilidade de um indivíduo apresentar comportamentos violentos e perigosos, sendo um conceito inquestionável na ciência jurídica e forense (Serrano Gomes, 1974 citado por Pueyo & Illescas, 2007).

A agressividade é uma manifestação comum a todos os seres humanos, podendo ser moldada de forma diferente por cada pessoa e reconhecida como: a) comportamento adaptativo (utilizando a força em reação a uma perceção de ameaça – agressão); e b) comportamento desadaptativo (quando utilizado no alvo, espaço-tempo e com a intensidade desadequada – violência).

O conceito de violência é algo complexo, não existindo uma simples definição ou interpretação sobre o fenómeno. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002, p.5) a violência é *“o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resultem, ou resultou, ou tem uma alta probabilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”*.

Entende-se por isso que a violência implica o uso de força para atingir o outro ou a si mesmo na sua integridade física e/ou psicológica, podendo ser sobre a forma de ameaça física ou emocional, mas sempre com um carácter destrutivo sobre as pessoas ou objetos, pressupondo uma alteração pessoal e social (Sadock & Sadock 2007). Para Bonamigo (2008), a etiologia do termo evidencia a ideia de uma força não

¹ Definido como todo o comportamento verbal ou físico que foi ameaçador (para o próprio, outros ou propriedade), ou comportamento físico que, de facto, causou dano (Morrison, 1994).

qualificada que se torna violência quando passa da medida, perturba uma ordem, e/ou rompe acordos e regras que ordenam relações.

A violência pode ser entendida consoante as suas manifestações, o alvo da sua ação, o agente que a provoca e ainda o contexto em que decorre.

De acordo com Willams (2002,citado por Camões, 2005), a definição de violência está diretamente ligada à definição de agressão. Loreber & Stouthamer-Loeber (1998,citados por Camões, 2005), definem a agressão como o ato que inflige danos corporais ou psicológicos a outros, porém com consequências menos danosas quando comparada com a violência². Para Wistedt & Freeman (1994,citados por Camões, 2005), o conceito de agressão é mais amplo que violência, incluindo, também, palavras ou ações, como fenómenos fortemente presentes e com custos expressivos para a sociedade.

Assim, e apesar de ser um tema de grande complexidade os termos violência e agressividade, sendo diferentes, são usados de forma similar em diversos contextos.

A violência é um fenómeno interpessoal e social que afeta com gravidade o bem-estar e a saúde dos indivíduos, sendo considerado um problema de saúde pública. Atualmente transformou-se num problema coletivo prioritário, uma vez que origina sérias consequências nas atividades políticas, económicas e sociais dos seres humanos (Pueyo & Illescas, 2007). Num contexto de intolerância generalizada que tipifica a sociedade ocidental, os comportamentos agressivos são uma realidade relativamente ao uso de violência nas relações humanas.

Segundo Cembrowicz, Rittere e Wright (2001, p.118), *nos contextos psiquiátricos, a violência tem sido definida como qualquer incidente onde os profissionais são abusados, ameaçados, ou atacados em circunstâncias relacionadas com o seu trabalho, envolvendo um desafio implícito ou explícito à sua saúde*. Segundo a opinião dos mesmos, é necessário reconhecer este fenómeno como muito complexo, pois possui muitas causas e fatores circunscritos ao seu contexto específico.

Na mesma linha de pensamento Lehmann, McCormick e Kizer (1999) consideram o comportamento agressivo, em contexto de internamento, um desafio para a equipa de

² Definida como o(s) ato(s) agressivo(s) que causa(am) danos sérios, ou seja, usando a força e/ou poder prejudicial, causado por ataque físico com ou sem utilização de armas (Mason & Chandley, 1999)

saúde, principalmente para os enfermeiros. Este grupo profissional está mais exposto ao risco, sendo que daí decorrem implicações adversas para a promoção do ambiente terapêutico na organização das unidades.

Transpondo para o contexto de internamento de psiquiatria, Abderhalden et al (2006), Stewart et al. (2009) e Fluttert et al. (2010), mencionam que a ocorrência de comportamentos agressivos em contexto de doença aguda constitui um sério problema, podendo gerar um impacto efetivo na saúde dos clientes e dos profissionais.

Mason e Chandley (1999, citados por Marques, 2008) descrevem três fases no desenvolvimento dos incidentes agressivos (cf. Tabela 1), realçando que os limites entre as fases não são rígidos.

Tabela 1 – Fases no desenvolvimento de comportamentos agressivos	
Fase 1	Fase de relativa normalidade. <u>Nesta fase o que é de valorizar é a atenção ou o estado de alerta.</u>
Fase 2	Fase pré agressiva. <u>Nesta fase, os sinais prodromicos de violência são claros, mas não surgiu ainda o incidente.</u>
Fase 3	Fase de agressão. <u>Referência a perda de controlo e implosão do incidente agressivo.</u>

A prevenção dos comportamentos agressivos é mais eficaz quando se consegue controlar os indicadores de tensão de ambos os intervenientes, na primeira fase. Desse modo, os limites entre as fases 1 e 2 com a estabilização da situação tornam-se mais demarcados. Entre as fases 2 e 3 a variável tempo é essencial, porque a implosão do incidente pode ser súbito podendo limitar a avaliação e a intervenção de controlo eficazes (Marques, 2008).

Embora existam poucos estudos que se direcionem para as consequências dos episódios agressivos, sabe-se no entanto, que estes episódios originam consequências para as vítimas e ainda produzem implicações financeiras (Nijman et al., 1997 citados por Rodrigues, 2014). Estes resultados necessitam de ser avaliados de forma mais rigorosa, com métodos mais eficazes no registo de ocorrências nas unidades de psiquiatria, de forma a obter informação factual sobre a verdadeira magnitude da problemática (Nijman, Bjørkly, Palmstierna & Almvik, 2006). Por outro lado, Maden (2007) refere que a prioridade da investigação deve direccionar-se para a

descoberta de como é que a ocorrência de comportamentos agressivos está ligada às doenças mentais e ainda o que pode ser feito para reduzir o risco deste fenómeno nas pessoas em tratamento.

1.2. PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS

No contexto psiquiátrico, os comportamentos agressivos são considerados um incidente em que os profissionais se sentem ameaçados, agredidos física e psicologicamente no seu ambiente de trabalho, envolvendo implícita ou explicitamente alterações na sua segurança, no seu bem-estar ou na sua saúde (Cembrowicz, Ritter & Wright, 2001). Este conceito desperta algumas questões relativas à identificação das características do agressor, das vítimas, dos comportamentos agressivos em relação à sua origem e determinantes, e ainda as características dos contextos onde os mesmos se inserem. Foster, Bowers e Nijman (2007) corroboram esta ideia, acrescentando a necessidade de se adquirir maior compreensão dos fatores que aumentam a probabilidade da pessoa doente agir de forma agressiva. Reforçando esta ideia, Ferreira e Florido (2011) referem que vários fatores estão na origem do comportamento agressivo em contexto psiquiátrico, especificamente os fatores ligados à pessoa doente, ao contexto e aos profissionais.

Vários estudos realizados na última década do século XX (Hamilton, 1992; Tardiff, 1992) referem não existir uma associação direta entre doenças mentais e risco de violência, podendo ocorrer apenas uma associação discreta e estatisticamente não significativa. Porém, e mais recentemente Foster et al. (2007), referem que existem fatores que podem levar a um ambiente perturbador facilitando a agressão, um deles é o internamento involuntário (legislação de saúde mental), capaz de conduzir a um aumento dos sintomas de frustração devido ao baixo limiar da pessoa doente, associado à privação de ambientes sociais promotores de bem-estar sócio-emocional.

Na opinião de Marques (2008) os internamentos involuntários são considerados fatores de risco de comportamentos agressivos, uma vez que os indivíduos ficam privados da sua liberdade numa fase aguda da sua doença. Similarmente a ausência de juízo crítico/*insight* é considerado um fator de risco uma vez que a falta de crítica da pessoa para a sua doença aumenta a renitência às intervenções, nomeadamente para as intervenções comunicacionais (Silva, Veloso, Piteira, Dias & Silva, 2010).

Neste sentido, a Lei de Saúde Mental, de 24 de Julho de 1998, estabelece princípios gerais que regulam as normas do internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente de pessoas com doença mental (Artigo 1º). Embora a pessoa com doença mental tenha direito à sua autodeterminação e liberdade (ao consentimento informado) e não possa ser submetida a tratamento contra a sua vontade, existem situações de carácter excepcional em que é possível promover e decretar o internamento compulsivo (Artigo 7º). Trata-se de uma intervenção de última linha nos indivíduos que manifestam perturbações mentais graves e recusam tratamento, fundamentada nos princípios de necessidade terapêutica e de proteção social. Acresce ainda a necessidade de continuar a trabalhar na comunidade, através das equipas comunitárias de saúde mental ³, na implementação de estratégias individuais e coletivas que visem reduzir o número de internamentos compulsivos (Bowers, 2009).

Na literatura existe um consenso de que indivíduos admitidos involuntariamente evidenciam um aumento significativo da probabilidade de se envolverem em atos de violência (Delaney, Cleary, Jordan, & Horsfall, 2001; Soliman & Reza, 2001), por outro lado é nas unidades que possuem doentes mais instáveis, que a ocorrência de episódios de comportamentos agressivos é mais frequente (Nijman et al. 1997 citados por Rodrigues, 2014).

Alguns estudos consideram a idade, como o preditor demográfico mais conhecido da violência, no sentido em que são os indivíduos mais novos que apresentam o risco mais elevado de desenvolver comportamentos agressivos (Nijman, 1999; Marques, 2008). Relativamente à variável género, alguns autores indicam que os homens solteiros desenvolvem mais comportamentos agressivos do que as mulheres (Nijman, 1999; Tardiff, 1992; Rodrigues, 2014). Do mesmo modo, Marques (2015a), salienta que os indivíduos jovens, desempregados e com distúrbios psicóticos apresentam um risco mais elevado. Também Barry e Lochman (2004) referem ainda, que o melhor preditor comportamental de condutas agressivas na idade adulta, é fornecido por um padrão de agressão física frequente no contexto escolar da infância.

³ Serviços de equipas ou unidades de saúde mental comunitária que prestam cuidados a um determinado setor geográfico, incluindo os seguintes programas: o programa integrado para doentes mentais graves, com gestão de casos por terapeutas de referência; o programa de ligação com a saúde familiar e apoio a perturbações mentais comuns; programa de apoio a doentes idosos e programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio (RPSMM, 2012).

Acerca das características psicopatológicas, vários autores sublinham que os indivíduos com quadros clínicos de Mania, Esquizofrenia, Perturbações da personalidade e do impulso (Tardiff, 1992; Bjørkly, 1995; Marques 2008; Rodrigues, 2014) são os que apresentam mais comportamentos agressivos. Efetivamente, a sintomatologia psicótica, abuso de substâncias (Krakowski & Czobor, 2004) e emoções concomitantes de sintomas psicóticos (especificamente a ira, ansiedade e a tristeza) são características que distinguem os doentes no desenvolvimento ou não de comportamentos agressivos.

Por conseguinte, Bullard (2001) acrescenta um conjunto de variáveis, incluindo o tipo, natureza e severidade do distúrbio, a existência de co-morbilidades como consumo de drogas e/ ou álcool e a história prévia de violência. Corroborando esta ideia, Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008) e Jacintho, Stella e Laurito (2012) acrescentam variáveis como o baixo nível socioeconómico e educacional, o desemprego, o traumatismo craniano (lesão do lobo frontal), a história de abuso na infância, o desenvolvimento em ambiente violento, a baixa auto-estima e a não adesão ao tratamento.

Segundo o relatório de Avaliação dos Episódios de Violência contra os Profissionais de Saúde, referente ao ano de 2007 (DGS, 2008), o grupo profissional que foi alvo de um maior número de episódios de agressão foram os enfermeiros (56%), o que motiva fenómenos como a desmoralização, a incapacidade física/psicológica, o absentismo e o presenteísmo⁴. Segundo Delaney (2001), os enfermeiros estão três vezes mais expostos à violência no local de trabalho do que os outros profissionais de saúde, o que se deve ao facto destes profissionais passarem mais tempo com os doentes, interagindo e estabelecendo uma relação de maior proximidade.

Segundo Arbach & Pueyo (2007), a violência interpessoal de ordem física, sexual e psicológica, não é simplesmente um sintoma ou manifestação psicopatológica, mas sim um fenómeno recíproco e interativo que surge no contexto das relações sociais. Corroborando essa ideia, Jacintho et al. (2012) descrevem que é frequente prestar cuidados a doentes agitados/agressivos. Com isto surgem posturas negativas, como a raiva, nos membros da equipa que conseqüentemente se interpõem na abordagem e intervenção (Sadock & Sadock, 2007).

⁴ Condições de saúde, sintomas ou doenças que afetam a produtividade de indivíduos que decidem permanecer a trabalhar, ou seja, o indivíduo está fisicamente presente mas a mente não está (Pilette, 2005).

Assim, Maier et al. (1987, citados por Marques, 2008), ajuda a compreender as várias fases de desenvolvimento do ciclo da agressão física, tendo em consideração o papel dos profissionais ao longo do desenvolvimento do ciclo. O modelo do ciclo da agressão é apoiado nas emoções que emergem em situações de ameaça e aponta que as opções das medidas de controlo dos incidentes agressivos são frequentemente determinadas pelo medo. Face à expressão/exposição de violência física, o perigo é percebido como iminente e, perante esta situação, os profissionais respondem normalmente com rapidez, utilizando medidas de restrição física “*take-down*”⁵. Quando o perigo é percebido como não iminente é mais comum conversar-se com a pessoa após o comportamento agressivo “*talk-down*”⁶.

A forma como os profissionais lidam com os comportamentos agressivos depende do nível de formação que possuem, da forma como os percebem e da sua atitude perante os mesmos (Jansen, Middel & Dassen, 2005). Assim reconhece-se que o conhecimento, a formação, a experiência, o comportamento e a atitude dos profissionais podem contribuir para o risco da implosão destes comportamentos.

Nijman et al. (1999) aponta no tipo de relação profissional/ pessoa doente, como um fator susceptível de contribuir para situações de stress comunicacional. Esta situação habitualmente decorre, por um lado, pelo parco envolvimento do indivíduo aos objetivos de tratamento e, por outro lado, pela falta de consistência dos limites e regras de funcionamento das unidades de internamento, maximizando a expressão do comportamento agressivo. O medo que resulta de trabalhar num clima de perigo potencial pode ter um impacto negativo no cuidado à pessoa doente, nomeadamente através do uso de métodos restritivos, tais como o isolamento e a contenção (Foster, Bowers & Nijman, 2007)

A literatura assinala o facto de que a formação e a educação dos profissionais têm sido associada a mudanças positivas nas atitudes, conhecimento e confiança dos mesmos, originando assim a diminuição da gravidade dos incidentes agressivos e consequentemente a redução no uso de medidas coercivas (Huf, Coutinho, Ferreira, Mello & Adams, 2011).

⁵ “retirar”

⁶ “dissuadir”

2. INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

O comportamento agressivo emerge na interação social sendo por isso considerado como um processo decorrente da relação entre a pessoa e o seu ambiente físico, social e cultural através do tempo. Esta visão dinâmica e sistémica da pessoa-contexto, é baseada na perspetiva ecológica do desenvolvimento humano proposta por *Urie Brofenbrenner*. Nestas situações, em que a pessoa se encontra a viver processos de transição geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, indutores de processos de sofrimento mental como a manifestação de comportamentos agressivos, “emerge a necessidade de prestar cuidados de enfermagem especializados (...) diminuindo significativamente o grau de incapacidade” (Nabais, 2008, p. 39).

Toda a transição implica mudança, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição. A mudança pode estar associada a eventos críticos ou desequilíbrios, que proporcionam rutura nas rotinas, ideias, perceções e identidade. As transições são processos complexos multidimensionais que tanto causam como afetam mudanças na vida, saúde, relacionamentos e meio ambiente (Meleis, 2010).

Nem todas as pessoas que vivenciam a transição entrarão num estado de crise, sendo uma prioridade do enfermeiro da área da saúde mental intervir no sentido que a crise⁷ não se instale. A doença mental em fase aguda, enquanto momento de crise, constitui-se como um processo de transição de saúde/doença no qual ocorrem mudanças profundas na vida das pessoas tendo implicações no estado de bem-estar e saúde (Teixeira, Meireles & Carvalho, 2010).

2.1. FOCOS DE ATENÇÃO PRIORITÁRIOS

⁷ Uma crise é habitualmente um período de transição auto limitado, no qual a pessoa se debate com uma situação considerada ameaçadora e passa por um período de desequilíbrio psicológico e funcional (Townsend, 2011).

Considerando, a agressividade, definida por Townsend (2002, p.195) como (...) *um comportamento* o qual visa *ameaçar ou ferir a segurança ou auto-estima da vítima*, surge por vezes como resposta a uma situação de crise, na qual se relacionam fatores situacionais, sociais e culturais transitivos, cuja combinação desencadeia comportamentos agressivos (Quintal, 2002). A forma como os indivíduos lidam com as crises depende dos recursos pessoais disponíveis, podendo a solução ser positiva ou negativa. Nesta perspetiva, os comportamentos agressivos são uma forma negativa de resolução de crises. Os indicadores de transições bem-sucedidos são o bem-estar subjetivo e o bem-estar nas relações.

As intervenções de enfermagem são *ações realizadas em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado (...)* (ICNP, 2010, p. 19). Na reflexão sobre estes assuntos nasce o cuidado de Enfermagem, direcionado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando na pessoa doente fatores que facilitem a transição, emergindo assim, o cuidado transacional (Zagonel, 1999).

Os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), no âmbito do seu exercício profissional, deverão determinar as intervenções necessárias para ajudar os indivíduos neste processo de transição. Deste modo, os ESSMP ao promoverem o cuidado transacional humano estão a valorizar a pessoa e os cuidados de Enfermagem prestados, favorecendo a maturidade e o crescimento com vista a um maior equilíbrio e estabilidade, no sentido do bem-estar (Meleis 2010).

As intervenções de Enfermagem, norteadas pela circular normativa da DGS - Orientação nº 21/2011 de 06/06/2011 e pelo REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) e o Código Deontológico dos Enfermeiros, têm como objetivo garantir que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise.

Ao nível da profissão de enfermagem, a capacidade de lidar com os comportamentos agressivos é principalmente condicionada pelas atitudes e, ainda, pela forma como é percebida pelos enfermeiros (Jansen, Middel & Dassen, 2005). Através da interação e do juízo clínico o enfermeiro mobiliza os conhecimentos e os princípios científicos que detém (Sequeira, 2006), atribuindo significado aos dados observados, para a

identificação de focos de atenção⁸ e respectivos diagnósticos de Enfermagem sensíveis às intervenções especializadas em saúde mental⁹.

De seguida são apresentados alguns dos focos de atenção sensíveis à intervenção do EESMP, no domínio da intervenção em situação de crise (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Identificação dos focos e respetivos diagnósticos.

Focos de atenção		Diagnósticos
Violência	Comportamento agressivo: Demonstração enérgica de ações ou do uso desleal de força ou poder com a finalidade de ferir, causar dano, maus tratos ou atacar: ações violentas, prejudiciais, ilegais ou culturalmente proibidas para com os outros; estado de luta ou conflito pelo poder (CIPE, 2011, p.80).	Risco de violência
		Risco de violência para terceiros
		Violência, presente
Comportamento agressivo	Comportamento comprometido: Ação ou atitude enérgica de auto-assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente (CIPE, 2011, p.44).	Comportamento agressivo, presente

2.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As intervenções de enfermagem têm como objetivo a prevenção e gestão dos comportamentos agressivos (Hamolia, 2001) no garante que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise (DGS, 2007).

A intervenção do EEESM face a esta problemática será centrar-se em parceria com o cliente, na identificação de fatores precursores de comportamentos agressivos e no desenvolvimento de estratégias individualizadas, fomentando respostas saudáveis, *empowerment*, que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar (ISPN,2010).

⁸ De acordo com a CIPE Versão 2 (2011, p.35) a definição de foco é a “área de atenção relevante para a enfermagem”

⁹ Uma intervenção especializada constitui uma ação em resposta a um diagnóstico, tendo por finalidade produzir um resultado sensível aos cuidados de Enfermagem (Sequeira, 2006).

Apesar da escassez de evidência sobre o assunto, as intervenções de Enfermagem remetem para dois tipos de estratégias: a) estratégias preventivas; e b) estratégias de gestão.

No final do século XX ocorreu uma mudança do paradigma primordial, a palavra “perigosidade” foi substituída pelos termos “avaliação do risco” e “gestão do risco” (Mullen, 2000). Esta mudança de designação possui a vantagem de substituir um conceito (perigosidade) ligado a um tipo de qualidade estável de um indivíduo, avaliada subjetivamente, por um outro conceito (risco), com uma conotação dimensional, probabilística e logo variável sob múltiplas condições. Com efeito, a predição de “perigosidade” é uma avaliação qualitativa, eminentemente clínica e a predição do “risco” baseia-se nos métodos atuais reais (cálculo de probabilidades), é matemática e inscreve-se no campo da medicina baseada na evidência.

A avaliação do risco de violência em contexto psiquiátrico é uma atividade de enfermagem prioritária no âmbito da prevenção do fenómeno (*Royal College of Nursing*, 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2015). Para o efeito, é necessário utilizar instrumentos que possibilitem a prevenção da violência nos doentes hospitalizados, especialmente na situação de fase aguda, no sentido de se adequar as intervenções clínicas e assim intervir de uma forma sistematizada. Desta forma Almvik et al. (2000), referem que estimar e predizer o “perfil” de risco de violência consiste em avaliar a probabilidade de um indivíduo desenvolver comportamentos agressivos, tendo em consideração os fatores (preditores) de risco estáticos¹⁰ e dinâmicos¹¹ (Pueyo & Illescas, 2007).

De acordo com Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), (2011, p. 96) definir “perfil” consiste em *identificar sistematicamente comportamentos de saúde e necessidades de uma população*.

No entanto, a palavra “risco” pode apresentar um inconveniente, que é a sua associação à ideia de perigo, favorecendo a visão que os doentes mentais possuem vários graus de risco e os serviços de psiquiatria e saúde mental poderem ser

¹⁰ Os preditores estáticos, segundo Bullard (2001), contemplam os fatores históricos de violência/agressão anterior e recente por parte do doente, sendo aqueles que não se podem modificar.

¹¹ Os preditores dinâmicos são sinais de alerta que indicam a implosão destes comportamentos, podendo incluir algumas manifestações psicopatológicas (Bullard, 2001).

encarados como instâncias de prevenção e gestão do suposto “perigo”. Para Fluttert et al.(2012) gerir o risco de violência está fortemente ligado à avaliação de risco.

Segundo Abadalla-Filho (2004), a evidência aponta para a importância de uma avaliação equilibrada entre exame clínico e os fatores de risco, através de instrumentos que possibilitam a sua medição. Também para Ferreira, Gonçalves, Marques, Queirós & Santos (2010), a intervenção de Enfermagem incide na identificação de sinais de alarme¹⁷, a sua articulação com escalas de avaliação de risco e respetiva intervenção. A adoção de diferentes medidas ou estratégias uniformizadas na intervenção de enfermagem, permite responder de forma eficaz, eficiente, segura e em tempo útil.

Para Ferreira et al. 2010), a primeira intervenção de Enfermagem consiste na observação dos utentes no seu contexto de internamento tendo como foco a metodologia de avaliação do risco, levando assim a uma intervenção precoce (Stuart & Laraia, 2001; Townsend, 2011; Nice, 2015).

Há estudos que indicam que a falta de formação e de competências comunicacionais pelos profissionais são consideradas determinantes na agressão (Carmel & Hunter, 1990). A comunicação terapêutica sendo um cuidado antecipatório recorre a estratégias comunicacionais do tipo verbal e não-verbal no sentido de evitar situações de crise (Mantovani, Migon, Alheira, Del-Bem, 2010). Os profissionais de saúde devem utilizar um discurso assertivo, utilizando frases curtas e simples, facilitando a escuta e a verbalização da experiência vivida (Hamolia, 2001; Stefaneli, 2008; Ferreira e Florindo, 2011).

Os comportamentos agressivos podem também ser despoletados pelo stresse ambiental e comunicacional. Estes poderão ser reduzidos através de atividades adaptadas às necessidades e capacidades dos doentes. Marques *et al.* (2015b), referem a eficácia dum programa de intervenções assistidas por animais (cão) dirigido a pessoas com doença psiquiátrica aguda. Os resultados obtidos revelam um decréscimo na frequência dos estados de agressividade, com implicações diretas na menor utilização de medidas restritivas e na criação de ambientes terapêuticos mais humanizados. Por conseguinte, as técnicas de relaxamento¹² podem ser uma

¹² O relaxamento muscular diminui a tensão e intensidade do corpo, resultando no descanso do corpo, o seu uso favorece a melhoria do bem-estar do doente. (Townsend, 2011).

importante estratégia terapêutica para lidar com a tensão e o stresse nas unidades clínicas de psiquiatria, sempre que o indivíduo manifeste risco de auto e hetero-agressividade (Townsend, 2011). Por outro lado, os contextos físicos de internamento devem fomentar baixos níveis de estimulação sensorial, através da redução de estímulos visuais e auditivos, com recurso a espaços físicos seguros (fechado ou limitado e sem objetos perigosos) e equipas de saúde diferenciadas, capazes de intervir de forma célere (Francis, 2001).

Também Nijman et al. (1999) fazem igualmente referência a *stressores* ambientais, referindo que a pessoa doente: a) pode ter que ser isolada por razões de segurança; b) pode estar sujeita a temperaturas altas e estimulações excessivas; e finalmente c) estar num serviço sobrelotado, não havendo privacidade e não permitindo o descanso. Estas situações provocam uma condição de stresse cognitivo e, neste caso, sob a influência das alterações psicopatológicas e dos *stressores* ambientais e comunicacionais, o indivíduo pode perceber de forma distorcida (distorções cognitivas) os sinais e desenvolver comportamentos agressivos. Tal facto é confirmado Richter e Whittington (2006), que afirmam que o ambiente pode ser encarado como uma fonte adversa de estimulação. A mudança de ambiente físico e social reduz de um modo imediato o stresse e permite ajudar a pessoa doente, diminuindo os estímulos e adaptando o ambiente às necessidades individuais, o que para alguns autores definido como *isolamento supervisionado "time out"*¹³. Trata-se de uma técnica amplamente utilizada nos Estados Unidos por ser menos restritiva comparativamente às técnicas de isolamento convencionais. É uma opção adequada para os indivíduos que exijam procedimentos restritivos, que apresentem condições médicas associadas tais como asma, problemas na coluna e/ou ferimentos recentes e que contra-indiquem a contenção física (Sentieiro, 2004).

Para Ferreira et al. (2010) são diversas as estratégias a utilizar em situação de crise podendo ir desde a observação direta, a autoconsciencialização, a educação terapêutica e o treino da assertividade, até às estratégias antecipatórias tais como: a) comunicação verbal e não-verbal; b) modificações ambientais; c) intervenções comportamentais e tranquilização rápida; e finalmente d) a utilização de agentes psicofarmacológicos.

¹³ *Time-out* - "means asking a patient to stay in a room, usually their bedroom, alone and on a consensual basis, until they have become calm" (Bowers, et al. 2011, p. 827)

As organizações de saúde prestadoras de cuidados têm a responsabilidade de desenvolver uma política de observação e o compromisso em definir níveis de observação, estratégia também utilizada durante a utilização de outras intervenções restritivas. A observação é uma intervenção primária no reconhecimento, prevenção e gestão terapêutica, devendo ser entendida como o núcleo das competências de enfermagem, uma vez que os profissionais têm como princípio estar cientes da localização de todas as pessoas internadas, no serviço pelos quais são responsáveis. Atendendo, a que nem todas as pessoas precisam do mesmo tipo de observação, cabe ao enfermeiro avaliar o risco de violência e agressão, e decidir o tipo de observação.

Neste sentido Nice (2015) define níveis de observação:

- **Baixo nível de observação intermitente:** o nível básico de observação numa unidade de psiquiatria. A frequência de observação deverá ocorrer a cada 30-60 minutos.

- **Alto nível de observação intermitente:** normalmente usado se um doente está em risco de se tornar violento ou agressivo, mas não representa um risco imediato. A frequência de observação acontece a cada 15-30 minutos.

- **Observação contínua:** geralmente usada quando um doente representa um risco de ameaça imediato e precisa de ser continuamente vigiado (ex. com recurso a videovigilância). Deve ser designado um enfermeiro que de forma exclusiva monitoriza e supervisiona todos os comportamentos do doente, contando com o apoio dos restantes membros da equipa se for necessário.

Também Ferreira e Florindo (2011) consideram que na primeira linha de ação nos comportamentos agressivos surgem as técnicas comunicacionais (distração e dessensibilização) de inversão da escalada “*de-escalation techiques*” e de “*slowdown*”. No recurso a este tipo de técnicas, pode ainda ser realizada a deslocação do cliente para outro espaço (dessincronização), a fim de permitir uma maior interação (*engagement*) e privacidade (Nice, 2004). Estas técnicas, do tipo psicossocial, visam acalmar/quebrar o comportamento alterado da pessoa e evitar o possível aparecimento de um comportamento do tipo agressivo, e devendo ser mantidas como medidas de suporte ao longo de toda a intervenção (*Royal College of Nursing, 2005; Silva et al.2010*).

A comunicação terapêutica é uma competência profissional que necessita de capacidade para se desenvolver, premiando o relacionamento interpessoal terapêutico (Braga & Silva, 2007). Para Hamolia (2001) as estratégias comportamentais incluem um estabelecimento de limites, e são constituídas por atitudes não-punitivas e não-manipulativas em que a pessoa doente é informada acerca do seu comportamento aceitável e não-aceitável sendo que daqui decorre a formalização do contrato terapêutico. Este processo de negociação aumenta a aliança terapêutica e diminui a possibilidade de comportamento agressivo.

O conhecimento da etiologia e possíveis diagnósticos diferenciais determinará o procedimento para cada caso (Mantovani et al., 2010). As intervenções psicofarmacológicas provaram ser eficazes no controlo do comportamento agressivo, enquanto estratégias que visam atenuar ou prevenir situações que podem levar à violência e agressão (Nice, 2015). Em geral, o tratamento medicamentoso prescrito para comportamento agitado e/ou agressivo envolve o uso de benzodiazepínicos e antipsicóticos de alta potência, com o objetivo de diminuir/interromper a agitação psicomotora de maneira rápida, não devendo provocar a sedação, mas antes a sua tranquilização, diminuindo a necessidade de recorrer a medidas restritivas (Jacintho, Stella & Laurito, 2012). O tratamento medicamentoso do comportamento agressivo detém duas formas de intervenção fundamentais primeiro tratar o transtorno primário e posteriormente tratar o comportamento agressivo como um transtorno psiquiátrico (Prado-lima, 2009). Os fármacos comprovados como eficazes no tratamento do comportamento agressivo são: os estabilizadores de humor (carbonato de lítio, carbamazepina, oxcarbazepina, valproato de sódio e topiramato), os antipsicóticos (clozapina, olanzapina, quetiapina, entre outros), os bloqueadores beta-adrenérgicos, a bupiriona (um agonista parcial do receptor de 5-HT_{1A} 1), o ácido graxo essencial ômega-3 e os antiandrógenos (Prado-Lima, 2009).

Quando estas medidas não resultam, devem ser implementadas intervenções como o isolamento¹⁴ e/ou contenção física¹⁵ /mecânica¹⁶, no entanto, estas devem ser

¹⁴ O isolamento é definido como uma restrição involuntária de uma pessoa num quarto ou área, donde esta é fisicamente impedida de sair (Bergk et al, 2008). Não existe uma definição acordada única para o termo isolamento, mas o consenso geral é que ele envolve a colocação de um indivíduo sozinho numa sala em que ele não pode sair livremente.

¹⁵ Contenção física refere-se a restrição de movimentos da pessoa doente, em situação de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e aos outros ou/e situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um

utilizadas somente como último recurso, uma vez que não foram encontradas, evidências científicas sobre a eficácia terapêutica das mesmas.

Conforme Hellerstein, Staub e Lequesne (2007) o isolamento e a contenção física são medidas restritivas de último recurso, usadas quando um doente psiquiátrico apresenta risco iminente para ele e para os outros. Contudo, estes procedimentos podem causar trauma emocional, danos físicos em doentes e equipa, e até a morte do doente, para além de serem associados a custos médicos elevados e envolverem riscos legais significativos para as instituições hospitalares. Assim, a decisão de utilizar intervenções restritivas ou de isolamento, envolve ponderar a natureza traumática destas e a restrição da autonomia da pessoa com a necessidade de manter a segurança de todos os elementos da equipa.

Também de acordo com Bergk, Einsiedler & Steinert, (2008), as mais recentes recomendações internacionais pretendem restringir o uso destas intervenções, alertando os profissionais de saúde de que devem ser usadas unicamente em casos excepcionais, sendo a alternativa menos restritiva a mais recomendada. Desta forma variadas considerações éticas, clínicas e regulamentos externos estipulam que estes procedimentos sejam utilizados o menos possível, como intervenções em situações de emergência (Hellerstein et al, 2007).

O uso de medidas de restrição física em pessoas durante o internamento psiquiátrico tem sido uma prática comum no contexto internacional (Hamers & Huizing, 2005; Mantovani et al, 2010). Em Portugal foram desenvolvidos dois estudos de investigação nesta área, um relacionado com os aspetos inerentes ao uso da restrição física da mobilidade com fins terapêuticos (Faria, Paiva & Marques, 2012) e o outro direcionado para a enfermagem de reabilitação e eventos adversos da restrição física na mobilidade (Costa, 2013).

doente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco (DGS, 2007).

¹⁶ A contenção mecânica refere-se ao uso de cintas, algemas e objetos similares, que restringem os movimentos do doente ou o impedem de se movimentar na totalidade (Sailas & Wahlbeck, 2005, citados por Bergk et al, 2008).

¹⁷ Postura corporal e facial tensa, desconforto intenso, voz elevada, rubor facial, alteração do conteúdo do pensamento, contacto ocular intenso ou evitamento, agitação psicomotora, comportamentos passivo-agressivos, ameaças físicas e verbais, ansiedade e pânico (Townsend, 2011).

Apesar da evidência científica nos revelar que o esforço ainda é dirigido no sentido de definir o fenómeno em vez de abordar as soluções, é inadiável estudos de investigação que revelem a eficácia das intervenções de Enfermagem e que forneçam uma base de evidência científica para a prevenção e intervenção nos comportamentos agressivos, Zauszniewski et al. (2012).

No capítulo seguinte serão descritos os diversos passos metodológicos levados a cabo para a realização da presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL), englobando, entre outros aspetos, a questão de investigação, a descrição do protocolo de pesquisa e a seleção dos artigos, incluindo os critérios de inclusão e exclusão.

3. METODOLOGIA

A opção pela RIL prende-se com o facto de ser uma abordagem metodológica ampla e versátil, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, para a total compreensão do fenómeno que nos propomos estudar. Para tal, envolve a definição do problema clínico, com a formulação da questão de investigação, a pesquisa bibliográfica da literatura, a seleção dos artigos que preenchem os critérios de inclusão e exclusão, a extração dos dados, a análise crítica dos estudos incluídos e a discussão dos resultados à luz do referencial teórico (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A presente RIL foi assim norteada pela questão: Quais as intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico, em função do perfil do risco dos doentes?

Além das intervenções de Enfermagem considerámos, ainda, relevante identificar as características dos doentes e dos comportamentos agressivos uma vez que são fatores que influenciam largamente as intervenções implementadas. Assim, foram definidos os seguintes objetivos de investigação:

- Identificar as características sociodemográficas e clínicas dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos que desenvolvem comportamentos agressivos;
- Estabelecer o perfil de risco dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos que apresentam comportamentos agressivos;
- Reconhecer as características dos comportamentos agressivos dos doentes internados em serviços de psiquiatria agudos;
- Analisar os focos de atenção e as intervenções de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.

Para além destes objetivos, pretende-se ainda, contribuir para a sistematização de algumas orientações na definição de protocolos no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos, tendo em consideração o perfil de risco.

3.1. PESQUISA DE LITERATURA

Os termos de pesquisa utilizados incluíram (*Medical Subject Headings-MESH*) os descritores: *Nursing Interventions, Violence, Agression, RiskPsychiat** operacionalizados através das expressões booleanas *OR* (*paraviolence e aggression*) e *AND* (para os restantes).

A localização dos estudos (recorte temporal de 2004 a 2016) realizou-se utilizando os recursos: *MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*; *B-ON (Biblioteca do Conhecimento Online)*. A pesquisa decorreu entre outubro e dezembro de 2016.

Assim, foram definidos critérios para inclusão/exclusão de estudos na revisão (cf. Tabela 3):

Tabela 3 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos		
Elementos	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
P (Participantes)	Enfermeiros e doentes em contexto psiquiátrico agudos.	Estudos onde não foi possível isolar os sujeitos definidos nos critérios de inclusão.
I (Intervenções)	Qualquer intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.	Intervenções sem interferência na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.
O (Outcomes - Resultados)	Alterações que decorrem de intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão de comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.	Resultados não orientados para as alterações que decorrem de intervenções na prevenção e gestão de comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.
D (Desenho)	Estudos qualitativos e quantitativos (Investigação-ação; Randomized Controlled Trial; Estudo quasi-experimental; Clinically Controlled Trials)	Ausência de trabalho empírico

Para além dos critérios apresentados anteriormente, incluíram-se somente os artigos disponíveis em texto integral [full text], e que fossem em Português ou Inglês.

A Figura 1 representa o diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo. Da pesquisa inicial emergiram 343 documentos. Numa primeira análise dos

documentos foram excluídos 294, utilizando-se os critérios seguintes: registos duplicados; indisponibilidade de texto integral.

Posteriormente procedeu-se à leitura dos *abstracts* dos restantes 49 artigos e foram aplicados os critérios específicos de inclusão/exclusão. Foram excluídos 39 artigos por não cumprirem os critérios definidos. Assim, foram incluídos na análise final 10 artigos que correspondem aos critérios de inclusão e com potencial para responder à questão de investigação.

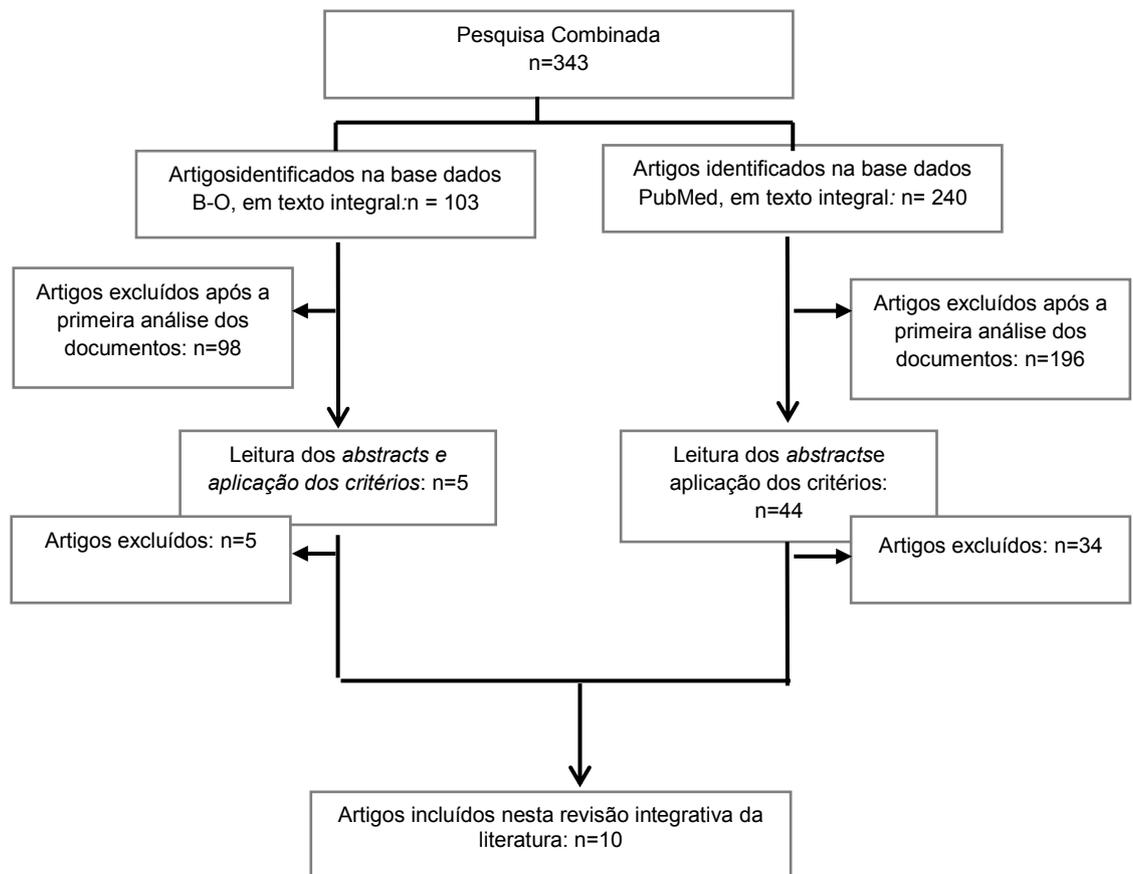


Figura 1 – Diagrama de fluxo para a seleção dos artigos incluídos no estudo

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito aos 10 artigos filtrados, tendo como objetivo a análise final e extração dos dados, realizou-se um quadro resumindo a evidência recolhida, com referência ao estudo (título, autor, ano de publicação e país), desenho, participantes, intervenção (local e características), medidas de avaliação e resultados encontrados (Tabela 4). A numeração atribuída aos artigos diz respeito a uma ordenação crescente da data de publicação dos mesmos. Para além disso, recorreu-se a uma escala de Souza, Silva & Carvalho (2010) de forma a caracterizar os estudos segundo o grau de evidência.

Os estudos seguem uma abordagem quantitativa sendo três estudos correlacionais com recurso a análise multivariada (Bowers *et al.*, 2010; Vruwink *et al.*, 2012; Sande *et al.*, 2013); um estudo descritivo (Foster, Bowers & Nijman, 2007); um estudo descritivo-correlacional retrospectivo (Stewart, Bowers, & Ross, 2011); um estudo pré-experimental (Needham *et al.*, 2004); dois estudos experimentais (Abderhalden *et al.*, 2008; Sande *et al.*, 2011); e duas revisões sistemáticas da literatura (Haugvaldstad & Husum, 2016; Cusack, McAndrew, Cusack & Warne, 2016).

Considerando o sistema de classificação de evidências proposto por Souza *et al.* (2010), os estudos são de nível 2, evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental (Abderhalden *et al.*, 2008; Sande *et al.*, 2011), de nível 3, evidências de estudos quase-experimentais (Needham *et al.*, 2004) e de nível 4, ou seja, evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (Bowers *et al.*, 2010; Cusack, McAndrew, Cusack & Warne, 2016; Haugvaldstad & Husum, 2016; Foster, Bowers & Nijman, 2007; Sande *et al.*, 2013; Stewart, Bowers & Ross, 2011; Vruwink *et al.*, 2012).

Os estudos são datados de 2004 a 2016 e foram desenvolvidos em quatro países distintos: Inglaterra (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Bowers *et al.*, 2010; Stewart, Bowers & Ross, 2011); Suíça (Needham *et al.*, 2004; Abderhalden *et al.*, 2008); e Holanda (Sande *et al.*, 2011; Vruwink *et al.*, 2012; Sande *et al.*, 2013) e Noruega (Haugvaldstad & Husum, 2016). Relativamente ao contexto, todos os estudos foram desenvolvidos em serviços de psiquiatria de doentes agudos e envolveram a

participação dos profissionais de saúde dos serviços, particularmente dos enfermeiros, e dos doentes admitidos no período do estudo.

Tabela 4 – Resumo da evidência encontrada						
#	Título	Autor, ano e país	Orientação metodológica	Participantes	Intervenções	Nível de evidência
1	The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study.	Needham et al. (2004) – Suíça	Quantitativo. Pré-experimental.	Enfermeiros e doentes de 2 serviços de psiquiatria.	Intervenção desenvolvida em três momentos (10 meses): 1º momento (0-3meses) - Avaliação inicial das características dos doentes e da agressão através do <i>Staff Observation Agression Scale – Revised</i> (SOAS-R). 2º momento (3-7 meses) – Implementação da previsão do risco através da <i>The Brøset Violence Checklist</i> (BVC). 3º momento (7-10meses) - Manutenção da previsão do risco e formação dirigida aos enfermeiros com duração de 5 dias (35 aulas).	III
2	Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management.	Foster, Bowers & Nijman (2007) - Inglaterra	Quantitativo. Descritivo.	Profissionais de saúde de 5 serviços de psiquiatria.	Identificar a prevalência dos comportamentos agressivos e os métodos utilizados no seu controlo. Aplicada a escala SOAS-R, após cada momento de agressão, ao profissional que a tenha testemunhado.	IV
3	Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial.	Abderhalden et al. (2008) - Suíça	Quantitativo. Experimental.	Profissionais de saúde e doentes de 14 serviços de psiquiatria.	Avaliação do risco de comportamentos agressivos pelos enfermeiros nos primeiros 3 dias de internamento de todos os doentes, com recurso à BVC (versão alargada) e aplicação de medidas preventivas concordantes com o risco. A severidade dos incidentes agressivos foi avaliada através do SOAS-R e as medidas coercivas foram reportadas através de formulário próprio.	II
4	The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the city-128 study.	Bowers et al. (2010) - Inglaterra	Quantitativo. Correlacional e multivariado	Profissionais de saúde e doentes de 136 serviços de psiquiatria.	Avaliar a relação entre o isolamento e time-out com os comportamentos agressivos, a utilização de métodos de contenção, o contexto do serviço, o ambiente físico, as rotinas dos doentes e características das equipas.	IV
5	Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation	Stewart, Bowers & Ross, (2011) - Inglaterra	Quantitativo. Descritivo-Correlacional Retrospectivo.	522 doentes de 84 serviços de psiquiatria.	Analisar a incidência de comportamentos agressivos e de medidas restritivas antes e após a implementação da técnica – Observação Especial Constante (OEC). Utilizado o Patient-Staff Conflict Check-list (PCC) para recolher os dados sobre conflitos e medidas de contenção antes e após a implementação da técnica – OEC.	IV

#	Título	Autor, ano e país	Orientação metodológica	Participantes	Intervenções	Nível de evidência
6	Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment.	Sande et al. (2011) - Holanda	Quantitativo experimental	597 doentes de 4 serviços de psiquiatria	No grupo experimental (2 serviços) foi avaliado, diariamente, o risco de desenvolver um comportamento agressivo através da aplicação da escala BVC e <i>Kennedy-Axis V</i> (versão reduzida) pelos enfermeiros especialistas em saúde mental a todos os doentes internados. Semanalmente foram aplicados os seguintes instrumentos: <i>Kennedy-Axis V</i> (versão alargada); <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> , <i>Dangerousness Scale</i> ; e <i>Social Dysfunction and Aggression Scale</i> . Concomitantemente, foi ministrada formação aos profissionais de saúde com reuniões interdisciplinares diárias e semanais.	II
7	Determinants of seclusion after aggression in Psychiatric inpatients.	Vruwink et al. (2012) - Holanda	Quantitativo Correlacional	Enfermeiros e doentes dum serviço de psiquiatria agudos	Identificar os preditores de isolamento após agressão em serviços psiquiátricos agudos. Aplicada a escala SOAS-R, após cada momento de agressão, pelo profissional de saúde que tenha testemunhado o incidente.	IV
8	Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion.	Sande et al. (2013) - Holanda	Quantitativo. Correlacional.	Enfermeiros e doentes de 4 serviços de psiquiatria.	Explorar as associações entre os episódios de isolamento e as características (estáticas/dinâmicas) dos doentes através da aplicação de 3 instrumentos de recolha de dados, preenchidos pelos profissionais de saúde: <i>Brøset Violence Checklist</i> (BVC) <i>Kennedy Axis V</i> <i>Argus Scale</i> .	IV
9	Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care	Haugvaldstad & Husum (2016) - Noruega	Revisão Sistemática da Literatura	Artigos publicados desde 1929 a 2014 no Reino Unido.	Determinar de que forma as reações emocionais dos profissionais de saúde face aos comportamentos agressivos poderá contribuir para a escalada da agressão. A revisão inclui artigos teóricos, com discussão quantitativa e qualitativa, orientações governamentais, dissertações, livros, metanálises e revisões da literatura.	IV

#	Título	Autor, ano e país	Orientação metodológica	Participantes	Intervenções	Nível de evidência
10	Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK)	Cusack, McAndrew, Cusack & Warne (2016) - Inglaterra	Revisão Sistemática da Literatura	Artigos publicados em Inglaterra desde 2000.	Analisar as implicações do uso de medidas restritivas na perspetiva dos utilizadores e profissionais dos serviços de saúde mental.	IV

4.1. SÍNTESE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NOS ESTUDOS

No estudo de Bowers *et al.* (2010) foram utilizados 6 instrumentos diferentes aplicados aos enfermeiros e aos chefes de equipa: o *Index of Multiple Deprivation* (IMD); o *Attitudes to Containment Measures Questionnaire* (ACMQ); o *Attitude to Personality Disorder Questionnaire* (APDQ); o *Ward Atmosphere Scale* (WAS); o *Team Climate Inventory* (TCI); o *Multifactor Leadership Questionnaire* (MLQ); *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Para além destes foi utilizado também o *Patient-Staff Conflict Checklist* (PCC-SR), preenchido pelos enfermeiros no final de cada turno para reportar os incidentes.

No estudo de Foster *et al.* (2007) foi utilizada a escala *Staff Observation Aggression Scale – Revised* (SOAS-R), preenchida após cada episódio de agressão pelos profissionais de saúde, esta é composta por 6 itens relativos ao comportamento agressivo (provocação, meios utilizados, alvo, consequências e medidas de contenção) e por uma escala visual analógica para avaliação da severidade do incidente.

No estudo de Sande *et al.* (2013) foram aplicados 3 instrumentos de recolha de dados: a *Brøset Violence Checklist* (BVC), para identificação do nível de risco de violência iminente, esta consiste em seis itens, nomeadamente, confusão, irritabilidade, impetuosidade, agressão física, agressão verbal e agressão contra objetos; o *Kennedy Axis V*, avalia a funcionalidade do doente em termos psicológicos, habilidades sociais, violência e atividades de vida diária (pontuação de 0-100); e a *Argus Scale* que faz a avaliação das medidas de contenção.

No estudo de Vruwink *et al.* (2012) foi também aplicado o SOAS-R. Relativamente ao estudo pré-experimental foram desenvolvidas duas intervenções simultâneas: previsão do risco, com recurso à checklist BVC - foram avaliados todos os doentes admitidos e a interpretação das pontuações levou à categorização do risco de agressão a um membro da equipa. Para cada categoria era recomendada uma medida preventiva específica; e formação dirigida a todos os enfermeiros dos serviços com foco nas características da agressão e em estratégias preventivas e de gestão da mesma (Needham *et al.*, 2004).

No estudo de Stewart, Bowers e Ross (2011) foi utilizado o *Patient-Staff Conflict Check-list* (PCC) para recolher os dados acerca dos conflitos e medidas de contenção que decorreram no período do estudo.

No que respeita aos estudos experimentais, no estudo de Abderhalden et al. (2008) a intervenção consistia na avaliação do risco de comportamentos agressivos através da BVC e aplicação de medidas preventivas de acordo com o nível de risco mensurado, os resultados eram avaliados através da aplicação do SOAS-R e relatórios com especificação das medidas coercivas aplicadas.

Também no estudo de Sande et al. (2011) foi implementada uma intervenção que consistia na avaliação do risco de comportamentos agressivos através da BVC e da *Kennedy-Axis V*. Semanalmente, foram ainda aplicadas a *Kennedy-Axis V* (versão alargada), a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), a *Dangerousness Scale* e a *Social dysfunction and Aggression Scale*. Os resultados foram avaliados através do SOAS-R.

4.2. SÍNTESE DESCRITIVA DOS ESTUDOS SELECIONADOS

De seguida será realizada uma síntese descritiva dos estudos selecionados, tendo por base a recolha de dados efetuada através do método de PI[C]OD.

1 – O estudo desenvolvido por Needham et al. (2004) é do tipo pré-experimental e teve como objetivo testar a eficácia de duas intervenções na redução das taxas de incidência de agressão e de implementação de medidas restritivas. A primeira intervenção, designada por 'Previsão do Risco', consistiu na aplicação da BVC, com implementação de medidas em função do perfil de risco. A segunda intervenção consistiu em facultar formação específica aos enfermeiros. Os resultados foram avaliados com recurso ao SOAS-R.

No período do estudo foram admitidos 576 doentes, maioritariamente do género masculino, com média de idades de 38 anos, com o diagnóstico de psicose, abuso de substâncias, perturbações do humor ou perturbação da personalidade. 61,5% dos doentes foram admitidos de forma não voluntária.

Foram reportados 273 incidentes com uma taxa de incidência global de 3,51 por 100 dias de internamento. A aplicação de medidas restritivas foi reportada em 237 casos, com uma taxa de 3,05 por cada 100 dias de internamento. Após as intervenções não se verificou uma redução na taxa de incidência de episódios agressivos e não se observaram diferenças na severidade dos incidentes. A taxa de implementação de medidas de contenção reduziu de forma estatisticamente significativa.

2 – Foster, Bowers e Nijman (2007) desenvolveram um estudo descritivo com o intuito de identificar a prevalência dos comportamentos agressivos e os métodos utilizados para a sua gestão.

No total foram reportados 254 incidentes, englobando 149 doentes, representando uma taxa de 5,7 incidentes por semana, com uma severidade média de 10,9 (avaliação subjetiva realizada pelo profissional de saúde, através da escala visual analógica do instrumento SOAS-R, com pontuação máxima de 22 pontos). Os membros da equipa de saúde foram o alvo preferencial da agressão. A maioria dos casos ocorreu após negação de uma solicitação. Como estratégias para lidar com a situação destacam-se: falar com o doente; *time-out*; contenção física; uso de terapêutica oral e parenteral; isolamento ambiental; e contenção mecânica.

Os resultados mostram que o risco de agressão física ou com recurso a objetos perigosos contra os profissionais de saúde foi baixo, sendo a agressão verbal o tipo de agressão mais frequente. O recurso ao isolamento foi mais visível após agressão a um membro da equipa do que após agressão a outros doentes ou ao próprio. Os autores concluem que será crucial fomentar técnicas comunicacionais mais efetivas entre profissionais e doentes de forma a reconhecer precocemente situações de risco e desta forma reduzir a ocorrência da agressão.

3 – Abderhalden et al. (2008) desenvolveram um estudo de cariz experimental em contexto de internamento psiquiátrico de doentes agudos, com o intuito de analisar o impacto da avaliação sistematizada do risco na redução da incidência de comportamentos agressivos e no uso de medidas coercivas. O estudo decorreu em 9 serviços de psiquiatria, sendo que 4 foram incluídos no grupo experimental e 5 no grupo de controlo. Durante o período de intervenção foi implementada pelos enfermeiros uma avaliação sistematizada bidirial do risco de comportamentos agressivos através da aplicação do BVC. Os doentes foram estratificados por perfil de

risco e foram implementadas intervenções preventivas diferenciadas em função dos perfis identificados. A severidade dos incidentes foi avaliada através do SOAS-R.

Os autores concluem que uma avaliação de risco sistematizada reduz substancialmente a incidência de agressão grave e poderá ainda reduzir a necessidade de uso de medidas restritivas. Sendo esta uma medida de fácil implementação e baixo custo, poderá ter uma contribuição na redução dos incidentes de violência nos serviços de internamento de doentes agudos em contexto psiquiátrico.

4 – Bowers et al. (2010) desenvolveram um estudo correlacional com recurso a análise multivariada em 136 serviços de psiquiatria de doentes agudos com o objetivo de avaliar a relação existente entre o uso do isolamento/*time-out* e os comportamentos de conflito, a utilização de métodos de contenção, o contexto do serviço, o ambiente físico, as rotinas dos doentes e as características das equipas. Foram envolvidos todos os chefes de equipa, enfermeiros e doentes dos 136 serviços.

Durante o período do estudo ocorreu, em média, um episódio de isolamento a cada três semanas. O recurso ao *time-out* foi mais frequente, o equivalente a um episódio a cada três dias.

O recurso ao isolamento, entre outros fatores, foi associado a: indivíduos com idade <35 anos; serviços com disponibilidade de quarto de isolamento; incidentes de agressão tendo como alvo objetos; recusa em estar com os profissionais de saúde; abuso de substâncias; tentativa de fuga; autoagressões; *staff* qualificado; e proporção de profissionais do género masculino.

A utilização do *time-out* foi associada a: patologia (esquizofrenia); internamentos não voluntários; doentes admitidos por terem causado dano a outros; agressão efetiva (verbal, física e agressão dirigida a objetos); fumar em áreas restritas; abuso de substâncias; tentativa de fuga; recusa na toma da medicação e número de doentes por enfermeiro.

Os autores consideram que o recurso ao isolamento só poderá ser reduzido com intervenções que tenham em conta as características dos doentes; os aspetos da cultura organizacional e as estratégias alternativas para lidar com doentes agressivos. Poderá ser possível em variadas circunstâncias substituir o isolamento por medidas

mais aceitáveis, como o *time-out*, mantendo a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde.

5– Stewart, Bowers e Ross (2011) levaram a cabo um estudo descritivo-correlacional retrospectivo com o intuito de analisar a frequência de comportamentos agressivos e de recurso a medidas restritivas, antes e após a implementação da técnica de Observação Especial Constante (OEC).

Participaram no estudo 522 doentes de 84 serviços de psiquiatria de doentes agudos e cuidados intensivos de psiquiatria. 16% dos doentes foram sujeitos a OEC durante as duas primeiras semanas de internamento.

Os doentes eram maioritariamente do género masculino, com uma média de idades de 41,1 anos e o diagnóstico primário era maioritariamente a esquizofrenia.

Em relação aos comportamentos agressivos que precederam a OEC verificou-se que os mais frequentes foram a tentativa de fuga, a agressão verbal e a autoagressão. A OEC foi frequentemente precedida por outros métodos como a contenção química e o *time-out* e durante a sua utilização foi necessário recorrer a outras estratégias como a gestão de fármacos psicotrópicos e técnicas de *de-escalation*.

Os autores concluíram que os doentes mais jovens, com história de abuso de substâncias, autoagressão, admissão não voluntária teriam maior probabilidade de ser submetidos a OCE.

6 – Sande et al. (2011) desenvolveram um estudo experimental com o intuito de estimar o impacto da avaliação do risco de comportamentos agressivos na sua incidência e no tempo de isolamento, em contexto de cuidados de saúde psiquiátricos de doentes agudos.

O estudo decorreu em quatro serviços, dois experimentais e dois de controlo. A intervenção (*crisis monitor*) consistiu na avaliação sistematizada do perfil de risco através da aplicação de seis instrumentos que permitiam a sua monitorização. A BVC e *Kennedy-Axis* foram aplicadas a todos os doentes diariamente por enfermeiros especialistas em saúde mental. Semanalmente eram ainda aplicadas a *Kennedy-Axis V* (versão alargada), a *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), a *Dangerousness Scale* e a *Social Dysfunction and Aggression Scale*. Todos os casos de agressão foram reportados com recurso ao SOAS-R e os episódios de isolamento com recuso à *Argus Scale*.

Após a intervenção verificou-se uma redução significativa do número de incidentes agressivos. Não se verificaram diferenças no recurso ao isolamento nos grupos em estudo, contudo existiu uma redução na sua duração nos grupos experimentais.

7 – Vruwink et al. (2012) desenvolveram um estudo correlacional com recurso a análise multivariada com o intuito de identificar os preditores de isolamento após agressão em serviços psiquiátricos de doentes agudos.

No período do estudo ocorreram 385 casos de agressão envolvendo 118 doentes maioritariamente do género masculino, não casados, com uma média de idades de 41 anos, tendo como diagnósticos principais psicose ou distúrbio da personalidade.

Através da análise multivariada verificou-se que o recurso ao isolamento após agressão era mais provável de ocorrer nos indivíduos mais jovens, solteiros, com admissão não voluntária e com história de agressão prévia.

8 – Sande et al. (2013) realizaram um estudo correlacional com recurso a análise multivariada com o intuito de explorar as associações entre os episódios de isolamento e o perfil de risco em função das características estáticas e dinâmicas dos doentes.

O estudo decorreu em 4 serviços de psiquiatria de doentes agudos tendo sido aplicados o BVC, o *Kennedy Axis V* e a *Argus Scale*. Durante o período em estudo foram avaliados 301 doentes, sendo a sua maioria do género masculino, não casados, com média de idades de 39 anos. Os diagnósticos principais foram de psicose, perturbações da personalidade e abuso de substâncias. 66% dos indivíduos foram internados de forma não voluntária e 25% estiveram em isolamento.

Através da análise multivariada verificou-se que as variáveis preditoras do recurso ao isolamento foram: indivíduos do género masculino; com idade inferior a 35 anos; solteiros; com distúrbios de personalidade; e com fraco domínio das capacidades psicológicas e respetivas habilidades sociais.

9 - Haugvaldstad e Husum (2016) na Revisão Sistemática da Literatura (RSL) levada a cabo os autores procuraram reunir artigos com objetivo de determinar de que modo as reações emocionais dos profissionais de saúde face aos comportamentos agressivos poderão contribuir para a escalada da agressão.

A revisão inclui artigos teóricos, com discussão quantitativa e qualitativa, orientações governamentais, dissertações, livros, metanálises e revisões da literatura.

Concluíram que existe, de facto, uma relação entre o estado emocional dos profissionais de saúde e escalada da agressão. Verificou-se que, as interações entre profissionais de saúde e doentes podem aumentar a predisposição para incidentes agressivos originando um ciclo de agressão, com recurso a medidas coercivas. O medo da agressão do doente, por parte dos profissionais, pode levar a uma interpretação precipitada do doente como perigoso, o que pode conduzir ao uso desnecessário de medidas coercivas. Esta situação pode prejudicar o tratamento dos doentes, levar á perda da confiança nos cuidados de saúde e tornar perigoso o local de trabalho.

Deste modo esta RSL salienta a importância dos profissionais de saúde estarem cientes da potencial influência do seu estado emocional e respetivos comportamentos na interação com o doente. Estas reações podem, por um lado despoletar o comportamento agressivo se a abordagem for de hostilidade, e por outro, podem funcionar como um importante facilitador na gestão da agressão se a abordagem for assertiva. Com o objetivo de tornar os profissionais capazes de controlarem as suas reações emocionais é sugerida a prática de técnicas como o *mindfulness* que visem melhorar o autocontrolo na expressão de emoções.

10 - Cusack, McAndrew, Cusack e Warne (2016) desenvolveram uma RSL na qual procuraram analisar as implicações do uso de medidas restritivas na perspetiva dos utilizadores e profissionais dos serviços de saúde mental.

Os autores concluíram que o uso de medidas de contenção nos cuidados de saúde mental tem efeitos negativos quer nos profissionais de saúde quer nos doentes, como tal, descreveram estes efeitos como preponderantes em três dimensões distintas: a nível individual, a nível organizacional e a nível sociopolítico.

A nível individual, são de salientar como sentimentos comuns para quem está a dar e a receber cuidados, o stresse, as lesões físicas e o medo. Sob o ponto de vista organizacional, os fatores ambientais foram identificados como sendo precipitantes quer dos comportamentos agressivos quer do uso excessivo de medidas de contenção. Num contexto sóciopolítico, é de destacar a dificuldade em existir um controlo rigoroso que garanta um uso seguro e correto dos métodos de contenção nas demais instituições, e como tal, por vezes, são trazidas a público situações que relatam o uso ilegal e inadequado destas medidas.

Na sequência do *care act* (2014, citado por Cusack, McAndrew, Cusack & Warne, 2016), o código da prática de saúde mental foi atualizado tendo sido dado ênfase, em primeiro lugar à importância de construir ambientes terapêuticos e de suporte, com o uso de abordagens de *de-escalation* adaptadas às características individuais do doente com o objetivo de minimizar as mudanças comportamentais.

Em segundo lugar, ficou destacada a importância do uso de boas práticas, sendo que as medidas de contenção aplicadas deverão ser razoáveis e proporcionais aos riscos associados (ex. comportamentos dos doentes) e sempre segundo as *guidelines* do MCA (2005).

Finalmente ficou salientado o quão é importante que os profissionais de saúde que aplicam estas medidas o façam de forma não punitiva. Para um adequado cumprimento deste objetivo, estes profissionais deverão deter total conhecimento das orientações clínicas, e respetivas estratégias de implementação. Para isso deverão mostrar respeito pelos doentes concedendo-lhes *empowerment*, através da comunicação assertiva e relação terapêutica.

Após a apresentação dos principais dados que emergiram dos estudos seleccionados, tornou-se necessário agrupá-los em categorias que facilitem a análise e discussão em função dos objetivos definidos:

Assim, considerámos relevante criar quatro categorias que irão permitir responder à questão de investigação e aumentar a compreensão sobre o fenómeno.

A primeira categoria incidirá sobre as características dos doentes internados, esta permitirá traçar um perfil do doente que desenvolve comportamentos agressivos.

A segunda categoria incidirá sobre os fatores estáticos e dinâmicos que permitem avaliar o perfil de risco dos doentes que apresentam comportamentos agressivos em contexto psiquiátrico.

A terceira categoria diz respeito às características dos comportamentos agressivos, sendo este um aspeto relevante na medida em que condiciona o tipo de intervenção ao nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos.

Por fim, serão analisadas os focos de atenção e as intervenções de Enfermagem no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos utilizadas nos estudos.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE AGUDOS QUE DESENVOLVEM COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

Três dos estudos selecionados apresentam as características dos doentes internados nos serviços de psiquiatria durante o período do estudo (Needham et al., 2004; Stewart, Bowers & Ross, 2011; Sande et al., 2013). Verificamos que os doentes são majoritariamente do género masculino (Needham et al., 2004; Stewart, Bowers & Ross, 2011; Sande et al., 2013), com uma idade média entre os 38 e os 41 anos (Needham et al., 2004; Stewart, Bowers & Ross, 2011; Sande et al., 2013) e solteiros (Sande et al., 2013). Os principais diagnósticos médicos foram: psicose, abuso de substâncias, perturbação da personalidade e depressão. Os internamentos, na sua maioria, foram não voluntários.

Os resultados encontrados são também evidenciados noutros estudos (James et al., 1990 *citados por* Marques et al., 2015a).

Os principais diagnósticos evidenciados pela nossa RIL foram psicose, abuso de substâncias e perturbação da personalidade. Igualmente Maden (2007) refere a psicopatia como um preditor poderoso de violência. Também Hamolia (2001) refere a história de violência prévia e por conseguinte Silva et al, (2010) veio reforçar a ideia de que a ausência de juízo crítico/*insight* no indivíduo interfere na adesão ao tratamento e nas intervenções terapêuticas, nomeadamente as de tipo comunicacional.

Também, o diagnóstico esquizofrenia associada a abuso de substâncias foi corroborado por Marques *et al.*, (2015) referindo que esta patologia está mais associada a comportamentos agressivos. Do mesmo modo, Maden (2007) refere que a violência está associada a episódios agudos da doença e à fase inicial do internamento, salientando que mais do que as doenças mentais, o abuso de substâncias é um importante preditor de violência.

Finalmente, no estudo de Sande *et al.* (2013) verificou-se que a maioria dos doentes que cometeram atos violentos estava internada de forma não voluntária. Este dado é relevante porque, como afirma Marques (2008), privar os doentes da sua liberdade

numa fase aguda de doença constitui um fator de risco de violência. Outros autores (Owen et al., 1998; Delaney et al., 2001; Soliman & Reza, 2001) corroboram a ideia de que os internamentos não voluntários constituem um fator de risco e aumentam significativamente a probabilidade de desenvolver atos violentos.

5.2. PERFIL DE RISCO DOS DOENTES QUE APRESENTAM COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

A avaliação do perfil de risco foi realizada num único estudo (Abderhalden et al., 2008). A implementação de medidas orientadas segundo o nível de risco conduziu a uma redução significativa da incidência de agressão grave, do número de incidentes e no recurso a medidas restritivas.

A aplicação de instrumentos como a BVC¹⁷ facilita a estratificação dos doentes em níveis de risco e a implementação de medidas preventivas concordantes. Tendo como ponto de partida a metodologia de avaliação do risco, com base na definição de perfil de risco, premeia-se uma identificação e avaliação sistematizada de comportamentos de saúde e necessidades do doente, utilizando escalas de avaliação do risco e história clínica, com base no julgamento e conhecimentos clínicos.

Atualmente verifica-se que uma área em que o método estatístico é claramente superior à abordagem clínica é na predição de violência (Monahan, 2008). Apesar disso, a evidência aponta para a importância de uma avaliação equilibrada entre o exame clínico e os fatores de risco (estáticos e dinâmicos) (Abadalla-Filho, 2004).

Os autores Almvik, Woods e Rasmussen (2000); Pueyo e Illescas, (2007); Nordstrom *et al.* (2012), referem que estimar e prever o risco de violência consiste em avaliar a probabilidade de um indivíduo desenvolver comportamentos agressivos tendo em consideração os fatores (preditores) de risco estáticos e dinâmicos. Segundo Bullard

¹⁷Este instrumento foi adaptado e traduzido para Portugal por Marques *et al.* (2015a). Os resultados relativamente à sensibilidade (77%) e especificidade (100%) da escala BVC são comparáveis a outros estudos (Almvik, Woods & Rasmussen, 2000; Palmstierna, 2000; Abderhalden et al., 2006; Björkahl, Olsson & Palmstierna, 2006; Olson, 2007; Abderalden et al., 2008), permitindo concluir que esta possui uma boa capacidade preditiva para o risco de violência através dos preditores dinâmicos de curta duração.

(2001), os preditores estáticos são os que contemplam os fatores históricos de violência/agressão anterior e recente por parte da pessoa doente, por conseguinte, a história clínica reveste-se de grande importância. Os preditores dinâmicos referem-se a variáveis relacionadas com alterações mentais (Bullard, 2001), sendo aqueles que se podem modificar com a nossa intervenção, e incluem alguns sinais de agressão eminente. De acordo com Jobe e Winer (1990 citados por Marques et al., 2015a) estes sinais incluem: agitação psicomotora, irritabilidade, voz alta, estridente ou aos gritos; comentários pejorativos, olhos muito abertos, postura tensa e inclinada para a frente e estado hipervigilante. Também Nijman et al. (1999, citados por Marques, 2015a) reforça que a sintomatologia aguda é provavelmente um fator de risco mais importante do que propriamente a presença da patologia.

A realização desta RIL permitiu reconhecer preditores estáticos identificados na história clínica como fatores importantes para a definição de risco e que estão relacionados com as características individuais, tais como: pessoas jovens, do género masculino, solteiros, com internamentos não voluntários, portadores de patologia psiquiátrica grave, com abuso de substâncias, e com história prévia de episódios de violência.

A avaliação do risco de comportamentos agressivos, com implementação de medidas orientadas segundo o nível de risco, foi desenvolvida no estudo de Abderhalden et al. (2008) o qual identificou diversos preditores dinâmicos: confusão mental, irritabilidade, revolta, ameaça de agressão verbal, ameaça de agressão física e agressão contra objetos que são aqueles que se expõem à possibilidade de mudança sendo por isso sensíveis às intervenções terapêuticas.

Nesta pesquisa emergiu o instrumento BVC, com eficácia já demonstrada noutros estudos, e recentemente validada para a população portuguesa (Marques, 2015a). A avaliação realiza-se durante o período de 48h após admissão e nas primeiras 2h de cada turno. Dependendo do score total após a aplicação da escala BVC leva-nos a uma interpretação de resultados. Esta interpretação baseada no julgamento e conhecimentos clínicos, orientar-nos-á para as medidas a serem tomadas, tendo em conta que, consoante o risco, existem três fases de intervenção. O risco poderá ser pequeno (score=0), moderado (score=1-2) no qual é proposta a tomada de medidas preventivas e muito elevado (score> 2) no qual é proposta a toma de medidas

preventivas e interventivas e desenvolvido um plano de controlo dos comportamentos agressivos.

5.3. CARACTERÍSTICAS DOS COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DOS DOENTES EM CONTEXTO PSIQUIÁTRICO

Em dois dos estudos selecionados foi realizada uma caracterização detalhada dos episódios de agressão com recurso ao instrumento de colheita de dados SOAS-R (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Vruwink *et al.*, 2012). A maioria dos casos de agressão ocorreram após a negação a uma solicitação, ou não foi identificada nenhuma causa específica.

No estudo de Foster, Bowers e Nijman (2004) a ofensa verbal foi o tipo de agressão mais frequente. No estudo de Vruwink *et al.* (2013), a maioria das formas de agressão foram através de meios físicos perigosos. Em ambos os estudos, o alvo preferencial foi o profissional de saúde e a principal consequência destes incidentes foi o sentimento de ameaça (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Vruwink *et al.* 2012).

No estudo de Foster, Bowers e Nijman (2007) os autores também caracterizaram o incidente de acordo com o alvo da agressão. Assim, identificaram que quando a agressão foi dirigida exclusivamente a um membro da equipa esta foi geralmente do tipo verbal e o profissional sentiu-se ameaçado. Quando a agressão foi dirigida exclusivamente a outros doentes, o agressor recorreu à agressão verbal ou física e a vítima sentiu-se ameaçada na maioria dos casos. Quando a agressão foi dirigida ao próprio, os doentes utilizaram essencialmente armas ou objetos perigosos, com 22,6% a necessitarem de tratamento médico.

No que diz respeito às características do episódio de agressão, este aspeto é relevante pois condiciona o tipo de intervenção ao nível do controlo/gestão da agressão que será implementado.

Nos estudos selecionados, a ofensa verbal foi o meio preferencial da agressão, sendo que na maioria dos casos, a causa foi idiopática ou despoletada pela negação de uma solicitação, esta ideia foi corroborada por Nijman *et al.* (1997 citados por Marques *et al.*, 2015a).

No estudo de Vruwink *et al.* (2013) verificou-se que a maioria das formas de agressão ocorreu através de meios físicos e perigosos. O alvo preferencial foi o profissional e a principal consequência destes incidentes foi o sentimento de ameaça (Foster, Bowers & Nijman, 2007; Vruwink *et al.*, 2012), dado que é corroborado por (Marques *et al.*, 2015), quando refere que as consequências foram especialmente para os enfermeiros e estes sentiram-se ameaçados. Também Delaney (2001) refere que os enfermeiros estão três vezes mais expostos à violência no local de trabalho do que os outros profissionais de saúde. Desta forma, segundo, Arbach e Pueyo (2007) a violência surge mediante vários fatores, não é simplesmente um sintoma ou manifestação psicopatológica, mas antes um fenómeno recíproco e interativo que surge no contexto das relações sociais. Nesta linha de pensamento, Ferreira e Flórido (2011) salientam que ocorre um maior número de episódios violentos, nas horas das refeições, aquando a toma da medicação e em espaços comuns, quando o ambiente é *stressor* e hiperestimulante.

Constatou-se, ainda, que quando a agressão foi dirigida exclusivamente a um membro da equipa, esta foi geralmente do tipo verbal e o profissional sentiu-se ameaçado (Foster, Bowers & Nijman, 2007). Este dado é relevante porque, como refere Maier *et al.* (1987, citados por Marques, 2008), o stresse sentido por estes tende a tornar-se crónico, sendo interiorizado, podendo resultar em contratransferência de emoções negativas contra a pessoa agressiva. Também nem sempre, os profissionais espontaneamente falam sobre as injúrias, e raramente expressam os próprios sentimentos de medo. Assim, Nice (2015) recomenda uma revisão pós-incidente, que deve ocorrer o mais rapidamente possível e, pelo menos, dentro de 72 horas após o incidente ter terminado. Esta avaliação pós-incidente tem como objetivo adquirir competências e estimular a relação terapêutica.

5.4. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E GESTÃO DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Os focos e as intervenções de Enfermagem que foram identificadas nos artigos/estudos seleccionados centram-se na prevenção dos comportamentos agressivos e na gestão dos mesmos.

Três dos estudos selecionados implementaram intervenções com o intuito de prevenir a violência nos serviços de psiquiatria de agudos (Abderhalden et al., 2008; Needham et al., 2004; Sande et al. 2011). Estes estudos demonstram o potencial da avaliação e estratificação do risco, enquanto intervenção simples e rápida que poderá ser integrada na prática clínica, permitindo a redução da incidência e gravidade dos comportamentos agressivos.

Uma das intervenções mais frequentemente citadas corresponde à necessidade de desenvolver planos de formação dirigida aos profissionais de saúde, particularmente aos enfermeiros, com a finalidade de os capacitar para prever o risco através da identificação precoce de sinais de alerta, e lidar com as diferentes situações (Needham *et al.*, 2004; Sande et al., 2011).

Destes estudos emerge a importância do nível das competências dos profissionais para lidar com a situação, com o objetivo de reduzir a incidência de agressão nos serviços e a necessidade de profissionais capacitados para agir da melhor forma (Needham et al., 2004). Esta ideia é corroborada por Jansen et al., 2005 (citados por Marques et al. 2015b) uma vez que os comportamentos agressivos são muitas vezes desvalorizados pelos próprios profissionais de saúde, e a sua atitude perante os mesmos é determinada pela forma como avaliam o comportamento do doente. Apesar da violência e agressividade estarem presentes em todos os indivíduos e sociedades, podendo manifestar-se de diferentes formas, num serviço de psiquiatria não devem ser considerados só os fatores ligados à pessoa doente, desmontando a ideia de que a violência é um fenómeno inevitável em contexto psiquiátrico (Almeida, 2007). Reconhecendo um conjunto de fatores que favorecem um clima de hostilidade dentro do serviço de internamento psiquiátrico, a literatura descreve o facto de que as competências dos profissionais têm sido associadas a mudanças positivas nas suas atitudes, originando assim a diminuição da gravidade dos incidentes agressivos e consequentemente a redução no uso de medidas coercivas (Huf et al., 2011).

Também Haugvaldstad e Husum (2016) no seu estudo salientam a importância dos profissionais de saúde estarem conscientes da potencial influência do seu estado emocional e respetivos comportamentos na interação com o doente, podendo por um lado, despoletar o comportamento agressivo se a abordagem for de hostilidade, e por outro, funcionar como um importante facilitador na gestão da agressão se a

abordagem for assertiva, admitindo que a escalada da agressão poderá ser assim determinada pelas reações emocionais dos profissionais de saúde.

Os mesmos autores sugerem o recurso a técnicas de intervenção como o *mindfulness* com objetivo de tornar os profissionais mais capacitados para o autocontrolo e expressão de emoções. Assim a implementação de intervenções centradas nos enfermeiros podem contribuir para a consciencialização desta temática, para aumentar o seu conhecimento, reduzir a taxa de medidas restritivas e, possivelmente, a incidência da agressão nos serviços de psiquiatria agudos.

Nos estudos de Abderhalden et al. (2008) e Sande et al. (2011), as intervenções no âmbito da prevenção da agressão, relacionam-se com a realização da avaliação sistematizada do risco de comportamentos agressivos nos serviços de psiquiatria. Tendo em conta a diminuição de incidentes violentos ao longo da hospitalização, o risco de violência por parte dos doentes assume um caráter dinâmico, dependendo de muitas variáveis, e não unicamente dos preditores estáticos (Steinert, 2006).

Na intervenção desenvolvida por Needham et al. (2004) com recurso a dois métodos, nomeadamente previsão do risco e formação na área da agressão, não se verificou uma redução estatisticamente significativa da incidência de agressões. Contudo, as medidas de contenção foram reduzidas de forma estatisticamente significativa, apesar de não haver alteração na severidade dos incidentes. A consciencialização dos enfermeiros nesta temática, poderá vir a reduzir a taxa de medidas de contenção e, possivelmente, a incidência da agressão nos serviços de psiquiatria agudos. Esta ideia é corroborada por outros autores como Anderson, Fitz Gerld e Luck (2009) que defendem que existe um aproveitamento deficiente da avaliação do risco sistemático e défice no conhecimento na prevenção e gestão da agressão (Needham et al., 2004). Com base nas evidências científicas como afirmam Almvik, Woods e Rasmussen (2000) o controlo dos comportamentos agressivos no internamento constitui um desafio para as equipas de saúde uma vez que estes comportamentos destroem o ambiente terapêutico, interferem com os outros doentes, desmoralizam a equipa e que por vezes resulta em consequências fatais. Existe um interesse cada vez maior em utilizar métodos e instrumentos estruturados, para avaliar o risco de violência entre os doentes do foro psiquiátrico, para poder intervir de uma forma mais atempada e estruturada (Daffem 2007). Os Enfermeiros, devem estar capacitados para intervir no ciclo da agressão, identificar sinais e sintomas, usando o pensamento crítico para

decidir qual a intervenção mais adequada às necessidades da pessoa, fundamentando a sua tomada de decisão no conhecimento científico atual (Prática Baseada na Evidência). Estes profissionais são responsabilizados pelas suas opções, estando estas diretamente relacionadas com uma melhor prestação de cuidados e uma maior satisfação no trabalho (Nice, 2015).

Também Daffen et al. (2010) reforçam esta ideia referindo que procedimentos para avaliar o risco, compreender e gerir os comportamentos dos doentes potencialmente agressivos deve incluir a definição de limites e implementação de estratégias de *de-escalation*. No estudo de Foster, Bowers e Nijman (2007) observamos que na maioria dos casos os profissionais utilizaram estratégias comunicacionais, esta ideia é defendida por outros autores (Paterson & Leadbetter 1999, Lowe et al., 2003 citados por Irwir, 2006), que referem estas estratégias para intervenção precoce ou de *de-escalation* (também referida como “desarmar” ou “*talk-down*”).

Esta técnica/estratégia envolve várias intervenções psicossociais a curto prazo, técnicas destinadas a acalmar o comportamento disruptivo e prevenção da ocorrência de comportamento perturbador/violento, como por exemplo, respostas verbais e não-verbais, “falar em tom baixo”; usar uma voz calma e ouvir a pessoa do foco do conflito. As estratégias de *de-escalation* são reconhecidas e recomendadas, apesar de não se encontrarem evidências da sua eficácia (Royal College of Nursing, 2005; Ferreira & Florindo, 2011; Nice, 2015), salientando-se que estas técnicas devem ser iniciadas precocemente a nível preventivo e devem ser mantidas como medidas de suporte ao longo de toda a intervenção. A circular normativa da DGS - Orientação nº 21/2011 orienta para a importância de construir ambientes terapêuticos e de suporte, recorrendo a abordagens de *de-escalation* adaptadas às características individuais do doente com o objetivo de minimizar as mudanças comportamentais, destacando a importância do uso de boas práticas segundo as orientações do REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) e o Código Deontológico dos Enfermeiros, garantindo que a pessoa doente ultrapasse com segurança a situação de crise.

A avaliação do risco de comportamentos agressivos com implementação de medidas orientadas segundo o nível de risco, desenvolvida por Abderhalden et al. (2008), conduziu a uma redução significativa da incidência de agressão. A intervenção consistiu na avaliação (bidirial) do risco de comportamentos agressivos de forma sistematizada pelos enfermeiros, através da aplicação do instrumento BVC versão

extensa, a todos os doentes durante os primeiros três dias de internamento. Esta ideia já foi referida por Barlow, Grenyer e Ilkiw-Lavalle (2000), que no seu estudo concluíram que o episódio de agressividade ocorre dentro dos primeiros dois dias de internamento, daí a importância da aplicação atempada do instrumento.

No estudo de Sande et al. (2011), com uma intervenção semelhante, foi observável uma redução significativa no número de comportamentos agressivos após a intervenção, bem como, do número total de horas de isolamento, comparativamente ao grupo de controlo.

Estes dados são relevantes porque possibilitam o reconhecimento precoce de sinais que precedem a agressão, que a BVC caracteriza: confusão, irritabilidade, revolta, ameaça de agressão verbal, ameaça de agressão física e agressão contra objetos. Diversos autores como Chu, Daffern e Ogoff (2013) e Nice (2015) aconselham a aplicação da BVC para avaliar violência eminente dentro de hospitais psiquiátricos de internamento de agudos. A vantagem desta intervenção é permitir intervir precocemente auxiliando a diminuir o nível de stresse, facilitando a otimização dos recursos a serem utilizados de uma forma mais rápida e eficaz. Desta forma os profissionais e doentes vão ser menos expostos a fenómenos de violência (Marques, 2015a).

Cinco dos artigos selecionados abordaram de forma completa ou parcial as medidas de gestão implementadas para lidar com os incidentes de agressão (Needham *et al.*, 2004; Foster, Bowers & Nijman, 2007; Bowers et al. 2010; Vruwink et al. 2012; Sande et al. 2013).

No estudo de Foster, Bowers e Nijman (2007) verificou-se que na maioria dos casos os profissionais utilizaram estratégias comunicacionais. Quando a agressão foi dirigida ao profissional de saúde as estratégias passaram por: a) falar com o doente; b) contenção ambiental/física; e c) terapêutica parentérica. Quando a agressão foi dirigida exclusivamente a outros doentes foram utilizadas estratégias como falar com o doente, afastá-lo da situação, recurso à terapêutica oral e parentérica, contenção física e contenção mecânica.

Observou-se que o isolamento é uma estratégia utilizada com alguma frequência pelos profissionais. No estudo de Sande et al. (2013) o isolamento foi utilizado em 25,0% dos casos e no estudo de Vruwink et al. (2013) foi utilizado em 41,3% dos casos. No

estudo de Bowers et al. (2010) o isolamento foi utilizado ao equivalente a um episódio a cada 3 semanas. Outra das estratégias implementadas foi o recurso ao *time-out*. No estudo de Bowers et al. (2010) foi utilizado mais frequentemente que o isolamento. O facto de ser uma estratégia menos lesiva do que o isolamento favorece a sua aplicação num maior número de situações como agressão verbal, agressão orientada para objetos, agressão física, fumar em áreas restritas, recusa em se alimentar, tentativa de fuga e recusa em tomar a medicação habitual. O recurso ao isolamento esteve mais associado a indivíduos mais jovens, a agressão orientada para objetos ou recusa em lidar com os profissionais de saúde.

Cusack, McAndrew, Cusack e Warne (2016) no seu estudo procuraram analisar as implicações do uso de medidas restritivas na perspetiva dos utilizadores e profissionais dos serviços de saúde mental, concluíram que o uso de medidas de contenção tem efeitos negativos quer nos profissionais de saúde, quer nos doentes.

Segundo alguns autores (Husumetal, 2010; Happel & Koehn. 2010), o isolamento provoca diferentes pontos de vista e opiniões dos profissionais de saúde, nos próprios doentes e sociedade em geral, uma vez que vem contra o que tem sido adotado na maioria dos países desenvolvidos, o princípio de que tratar pessoas em ambientes menos restritivos. Também Irwin, (2006) resguarda a ideia de que, não deve ser esquecido o cuidado com a defesa dos direitos humanos e o respeito pela dignidade da pessoa portadora de doença mental nos cuidados que lhe são prestados.

Por conseguinte, o recurso ao *time-out*, por ser uma medida mais branda, foi associado a um maior número de variáveis. Segundo Nice (2015) o recurso a medidas restritivas só poderá ser reduzido com intervenções que abranjam não só as características dos doentes mas também aspetos da cultura organizacional. Poderá ser possível em variadas circunstâncias serem substituídas por medidas mais aceitáveis, como o *time-out*, mantendo a segurança dos doentes e profissionais de saúde.

No estudo de Needham et al. (2004) foram, ainda, descritas medidas de contenção como a contenção ambiental (isolamento) e química, que parecem ser uma estratégia comum nos serviços de psiquiatria de doentes agudos. Salienta-se que é muito importante que os profissionais de saúde que aplicam estas medidas o façam de forma não punitiva, e para tal, deverão deter total conhecimento das orientações clínicas, e respetivas estratégias de implementação. Para isso deverão mostrar

respeito pelas pessoas doentes concedendo-lhes *empowerment*, através da comunicação assertiva e relação terapêutica.

No estudo desenvolvido por Stewart, Bowers e Ross (2011) com enfoque na Observação Especial Constante (OEC), os autores verificaram que a OEC parece ser uma medida de gestão da agressão a utilizar quando outros meios de contenção não funcionam, ou a utilizar de forma complementar com outros métodos. De acordo com Nice (2004), a observação deve ser entendida como uma condição *sine qua non* nas competências de Enfermagem. Será crucial fomentar técnicas comunicacionais mais efetivas entre profissionais e utentes para intervir e reconhecer precocemente situações de risco reduzindo a ocorrência da agressão (Stuart & Laraia, 2001). Sendo os enfermeiros os profissionais que estão na linha da frente com a probabilidade de defrontar-se e lidar com a violência, com a responsabilidade de intervir, definindo e implementando estratégias na sua gestão, cabe-lhes ter uma atenção mais humanizada e ética guiando as suas intervenções a favor do bem, sabendo que as suas decisões afetam significativamente a vida das pessoas. Assim as intervenções de Enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, Ordem dos Enfermeiros (2015).

6. CONCLUSÃO

Através de uma revisão bibliográfica integrativa, foram selecionados dez artigos científicos centrados nas intervenções de Enfermagem na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos nos serviços de psiquiatria de doentes agudos.

Além das intervenções de Enfermagem considerámos, ainda, relevante identificar as características dos doentes e dos comportamentos agressivos uma vez que são fatores que influenciam largamente as intervenções implementadas.

No sentido de avaliar a probabilidade de um indivíduo desenvolver comportamentos agressivos foram identificados os seguintes fatores preditores: a) fatores estáticos que incluem variáveis como a história clínica individual, género masculino, indivíduos solteiros, jovens, indivíduos internados involuntariamente, portadores de patologia psiquiátrica grave, com abuso de substâncias, e com história de episódios de violência prévia); b) fatores dinâmicos (confusão, irritabilidade, revolta, ameaça de agressão verbal, ameaça de agressão física e agressão contra objetos) variáveis modificáveis que se expõem à possibilidade de mudança, sendo por isso sensíveis às intervenções especializadas dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria e que permitem a definição dos “perfis de risco” para a elaboração de propostas de intervenção.

Nos estudos selecionados verificámos que a agressão verbal foi o meio preferencial, no entanto, verificámos que as causas da agressão, na maioria dos casos, foram motivadas pela negação de algo à pessoa doente.

Foram determinados os focos e as intervenções de Enfermagem no âmbito da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos. Cinco dos artigos selecionados abordaram de forma completa ou parcial as medidas de prevenção e gestão implementadas para lidar com os incidentes de agressão.

As intervenções de Enfermagem premiadas são as intervenções não restritivas, estratégias comunicacionais, técnicas de *de-escalation*, que vêm de encontro às recomendações internacionais e têm por base os direitos da pessoa doente.

Na gestão dos comportamentos agressivos reconhece-se que a primeira intervenção de Enfermagem consiste na observação do comportamento dos utentes no seu

contexto de internamento, com base na metodologia de avaliação do risco, através dos vários tipos de observação.

Assim a Observação Especial Constante parece ser uma estratégia importante uma vez que os profissionais têm como princípio estar cientes da localização de todos os doentes do serviço pelos quais são responsáveis, contudo nem todos os doentes precisam do mesmo tipo de observação, cabe por isso ao enfermeiro avaliar o risco de violência e agressão, e decidir o tipo e nível de observação adequados. Observamos que na maioria dos casos de agressão os profissionais utilizaram o isolamento como medida de intervenção mais prevalente. O recurso ao *time-out*, por ser uma medida mais branda foi associado a um maior número de variáveis. O isolamento supervisionado é uma boa opção para situações que exijam procedimentos restritivos. É também útil para reverter comportamentos agressivos de forma significativamente menos intrusiva do que a contenção química ou mecânica. Também o recurso a medidas de contenção, particularmente de contenção ambiental (isolamento) e químico, parecem ser uma estratégia comum nos serviços de psiquiatria de doentes agudos. Sendo que os enfermeiros aceitam este tipo de medidas como estratégias de último recurso pelo impacto emocional que estas ocasionam nos mesmos.

Verificamos que a aplicação de uma intervenção simples e rápida, especificamente através da avaliação do risco de comportamentos agressivos, com estratificação do risco e implementação de medidas preventivas consoantes o risco, poderá ser integrada facilmente nas rotinas dos serviços, e contribuir para a redução da incidência e gravidade dos comportamentos agressivos, bem como, para uma melhoria da gestão/redução das medidas coercivas aplicadas.

Considerando as intervenções de Enfermagem em função do perfil do risco são estabelecidos três níveis de risco: 1) risco baixo que implica o recurso a medidas preventivas que visam a antecipação dos comportamentos agressivos (avaliação do risco e observação); 2) risco moderado o qual visa o recurso a medidas de prevenção (avaliação do risco, observação e técnicas de *de-escalation*); e finalmente 3) risco elevado que implica o recurso a medidas preventivas (avaliação do risco, observação e *de-escalation*), gestão contínua e contenção (física, ambiental, mecânica e química).

Esta revisão pretende fornecer indicações úteis para a tomada de decisão e fundamentação das intervenções no âmbito da intervenção nos comportamentos agressivos, um domínio que vem assumindo bastante pertinência, justificando-se a

necessidade de mais estudos de investigação que relacionem à eficácia de intervenções e respetivo significado terapêutico, isto porque o esforço ainda é dirigido no sentido de definir o fenómeno em vez de abordar as soluções. Estudos de investigação orientados para a ação são urgentes, para que as práticas se possam basear na evidência. Outra das limitações sentidas prende-se com a impossibilidade de quantificar eventuais ganhos em saúde, gerados pela adoção da predição do risco de agressividade na prática de cuidados, sendo necessário desenvolver estudos comparativos com o intuito de constituir esta intervenção como uma evidência. Apela-se a necessidade de mais estudos que mostrem a eficácia da implementação de medidas orientadas segundo o nível de risco, com a avaliação estruturada do risco dos comportamentos agressivos, uma vez que na nossa amostra apenas podemos considerar um estudo.

Pretendemos ainda, propor uma sistematização de orientações para a intervenção do Enfermeiro EESMP a nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos tendo em consideração a avaliação do risco de violência e as fases da agressividade em apêndice. De acordo com Anderson, Fitzgerald e Luck (2010) devemos investigar intervenções em vez de redefinir repetidamente o problema, redirecionando recursos para debater a semântica ou diferenciar "graus" de violência e agressão. Neste sentido, a apresentação da proposta de intervenção de EESMP a nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos tendo por base a avaliação do risco de violência (Marques et al., 2015a) e as fases da agressividade (Mason & Chandley, 1999), tem como objetivo fundamental a redução da incidência dos comportamentos agressivos e a diminuição das medidas restritivas, num internamento de cuidados psiquiátricos de doentes agudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abadalla Filho, E. (2004). Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(6), 279-284.

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. & Fischer, J. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 44-50.

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H., & Fischer, J. (2006). *Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application*. *BMC Psychiatry*, 6(17), 1-8.

Anderson, L., Fitzgerald, M., & Luck, L. (2010). An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2520-2530.

Almvik, R. & Woods, P. (1998). The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5(6), 208-211.

Almvik, R. & Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 10(2), 236–238.

Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist (BVC): Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1284-1296.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª Edição, Texto revisto. Lisboa: Climepsi editores.

Arbach, K. & Pueyo, A. (2007). Valoracion del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del psicólogo*, 28, 174-186.

Associação Portuguesa De Enfermeiros – CIPE/ICNP, Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão Beta 2. 3ª Ed. Lisboa. 2005. ISBN: 972-98149-5-3.

Barros, A. & Leheld, N. (2007). Fundamentos de metodologia científica (3ª ed.). Local de edição, Brasil: Makron.

- Bergk, J., Einsiedler, B. & Steinert, T. (2008). Feasibility of randomized controlled trials on seclusion and mechanical restraint. *Clinical Trials*, 5(4), 356 - 363.
- Björkdahl, A., Olsson, D., & Palmstierna, T. (2006). Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 224-229.
- Bonamigo, I. (2008). Violência e contemporaneidade. *Revista Katálisis Florinópolis*, 11(2), 204-213.
- Bowers, L. (2009). Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*, 60(2), 231-239.
- Bowers, L., Van Der Merwe, M., Nijman, H., B, Noorthorn, E., Stewart, D., & Muir-Cochrane E. (2010). The practice of seclusion and time-out on English acute Psychiatric Wards: The city-128 study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 275-286.
- Bullard, H. (2001). Mental disorder and violence. In J. Shepherd, *Violence in healthcare: Understanding, preventing and surviving violence: A practical guide for health professionals* (2.ed., pp. 44-62). New York: Oxford University Press.
- Carapinheiro, G. & Lopes, N. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: estudo sociográfico de âmbito nacional*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing assaultive behavior injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(5), 558-560.
- Carolo, R. (2005). *Psiquiatria e psicologia forense: Suas implicações na lei*. Recuperado de Psicologia.com.pt
- Cembrowicz, S., Ritter, S. & Wright, S. (2001). Attacks on doctors and nurses. In J. Shepherd, *Violence in healthcare: Understanding, preventing and surviving violence: A practical guide for health professionals* (2. ed., pp. 118-154). New York: Oxford University Press.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos da Intervenção psicoterapêutica numa perspectiva existencial-humanista*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Cheung, F., Leung, K., Fan, R., Song, W., Zhang, J. & Zhang, J. (1996) Development of the Chinese Personality Assessment Inventory (CPAI). *Journal of Cross-cultural Psychology*, 27, 181-199.
- Clarke, D., Brown, A. & Griffith, P. (2010). The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(7), 614–620.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal, Plano 2007-2016*.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2010). *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - documento técnico de suporte*.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016: Resumo executivo*. Lisboa, Portugal.
- Costa, C. (2013). A enfermagem de reabilitação e os eventos adversos da restrição física da mobilidade (Tese de mestrado). Escola superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F. & Warne, T. (2016). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom. *International Journal of Law and Psychiatric*, 46, 20-26.
- Daffern, M. (2007). The predictive validity and practical utility of structured schemes used to assess risk for aggression in psychiatric inpatient settings. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 116-130.
- Daffern, M., Thomas, S., Ferguson, M., Podubinski, T., Hollander, Y., Kulkhani, J., Decastella, A. & Foley, F.(2010). The impact of psychiatric symptoms, interpersonal style, and coercion on aggression and self-harm during psychiatric hospitalization. *Psychiatry*, 73(4), 365-381.
- Decreto-Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. *Diário da República n.º 169/98 - I série A*. Assembleia da República, Lisboa, Portugal.

Delaney, J., Cleary, M., Jordan, R., & Horsfall, J.(2001). An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 77-84.

Department of Community Services.(2004). *Development of aggressive behaviour in children and young people implications for social policy, service provision, and further research*. Sydney, N.S.W: [Dept. of Community Services]. Retrieved from http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/aggression_discussionpaper.pdf.

Dicionário de Língua Portuguesa (2006). Porto, Portugal: Porto Editora. Recuperado de www.editora.pt

Dickens, G., Piccirilo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 532–544.doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x

Direção Geral de Saúde (2013). Portugal: Saúde mental em números: 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental. ISBN: 2183-0665.

Direcção Geral de Saúde (2006). *Circular Informativa n. º 15/DSPCS de 7/4/2006 - Melhorar o Ambiente Organizacional em prol da Saúde dos Profissionais*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direcção Geral de Saúde (2007). *Circular Normativa nº 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007. Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direcção Geral de Saúde (2008). Relatório de avaliação de episódios de violência Contra os Profissionais de Saúde Referente ao ano 2007.

Direcção Geral de Saúde (2011). *Orientação nº21/2011 de 6/6/2011. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a envolvente*. Lisboa, Portugal: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamento dos doentes que põem causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Lisboa, Portugal: DGS.

Dooley, E (1986). Aggressive incidents in a secure hospital. *Journal of medicine, Science and law*, 29(2), 125-130.doi: 10.111770025802486048902600207.

Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 469-478.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos. Coimbra, Portugal ESEncf.

Faria, H., Paiva, A. & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade: estudo sobre aspectos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 7-16.

Fazel S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8). doi: 10.1371/journal.pmed.1000120.

Ferreira, A., Gonçalves, A., Marque, R., Queirós, A. & Santos. P.(2010) Gestão e Prevenção do Comportamento Agressivo: Intervenções de Enfermagem In Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM (1ª Edição) ISBN: 978-989-96144-2-0.

Ferreira, H.F., & Florido, P. (2011). Situação de agitação e violência: Realidade numa unidade de doentes agudos. *Revista do serviço de psiquiatria do hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 9(1), 28-34.

Fluttert F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels. ,A & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208-216. doi: 10.1016/j.apnu.2007.06.012

Fluttert, F. A., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjørkly, S., Nijman, H. & Grypdonck, M. (2011). The development of the forensic early warning signs of aggression inventory [FESAI]: Preliminary findings. Towards a better management of inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing* 25, 129–137.

Fluttert, F. A., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S. & Grypdonck M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1529–1537.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

Foster, C., Bowers, L. & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140-149.

Francis, S. (2001) Limiting violence through good design. In: S. Francis, *Violence in health care: Understanding, preventing and surviving violence – a practical guide for health professionals*. New York: Oxford, University Press.

Frasquilho, M. (2011). Agitação, agressão e violência na urgência psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiência e reflexões. *PsiLOGOS*, 9(1), 35-45.

Haggard-Grann, I. (2005). *Violence among mentally disordered offenders: Risk and protective factors*. Stockolm, Sweden: Norstedts trycken.

Hamers, J. & Huizing, A. (2005). Why do we use physical restraints in elderly *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25. Retrieved from <http://springer.com/article/10.1007%2Fs00391-005-0286-x#page-1>

Hamilton, J.R. (1992). Violência e distúrbios mentais. *Update*, 42-43, 3-6.

Hamolia, C. (2001). Prevenção e manejo do comportamento agressivo. In Stuart, G. W. Stuart, & M. T. Laraia, *Enfermagem Psiquiátrica Princípios e Prática* (6ª ed. pp. 654-677). Porto Alegre, Brasil: ArtMed.

Haugvaldstad, M. & Husum, T. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatric*, 49, 130-137.

Hellerstein, D., Staub, A. & Lequesne, E. (2007). Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric in patients. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 308-317.

Hiday, V. (1995). The social context of mental illness and violence. *Journal of health and social behavior*, 36(2), 122-138

Hiday, V. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatric*, 20(4), 319-417.

Higgins, J., & Green, S. (2009). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.2*: The Cochrane Collaboration. Retrieved from www.cochrane-handbook.org

Hodgins, S. (2008). Violent behavior among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical transactions of the Royal Society. Series B, Biological sciences*, 363(1503), 2505-2518. Recuperado de <http://www.saudemental.pt/uploads/2012/06/Recadalenrizac%CC%A7a83o PNSM.pdf>

Huf, G., Coutinho, E., Ferreira, S., Mello, F. & Adams, C. (2011). Trec-Save: A randomized trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: Study protocol for randomized controlled trial. *Trials*, 12(1), 180. doi: 10.1186/1745-6215-12-180

Internacional Council of Nursers. (2011). CIPE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/ORDEM-ENFERMEIROS-CIPE.pdf>

Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(3), 309-318. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00957.x

Jacinto, A., Stella, F. & Laurito Jr., J. (2012). Agitação psicomotora. In: N. J., Botega (Ed.), *Prática psiquiátrica no hospital geral*. 219-235. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Jansen G., Dassen, T. & Groot Jebbing, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 3–13. doi: 10.1111/j. 1365-2850.2004.00772.x

Jansen, G., Middel, B. & Dassen, W. (2005). An International comparative study on the reliability and validity of the attitudes toward aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 467-477.

Johnson, M. (2004). Violence on inpatient psychiatric units: State of the science. *Journal of the American psychiatric nurses association*, 10(3), 113-121. doi: 10.1177/1078390304264959

- Jonker, E., Goossens, P., Steenhuis, I. & Oud, N. (2008). Patient aggression in clinical psychiatric: Perceptions of mental health nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(6), 492-499. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01261.x.
- Kristensen, C. (2003). Fatores etiológicos da agressão física: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 175-184.
- Lehmann, L., McCormick, R. & Kizer, K. (1999). A survey of assaultive behavior in veterans health administration facilities. *Psychiatric Services*, 50(3), 384-389
- Liu, J. & Wuerker, A. (2005). Biosocial bases of aggressive and violent behavior: Implications for nursing studies. *International Journal of Nursing Studies* 42(2), 229–241. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.007
- Liu, J. (2011). Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 63–73.
- Maden, A. (2007). *Treating violence: A guide to risk management in mental health*. Oxford: University Press. ISBN 0198526903.
- Mantovani, C., Migon, M., Alheira, F. & Del-Bem, C. (2010). Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (Supl. 2), 96-103. doi: 10.1590/S1516-44462010000600006
- Marques, I. & Mendes, A. (2003). A percepção da violência em psiquiatria: Perspectiva dos enfermeiros. *Referência*, 1(10), 39-51
- Marques, I., Bessa, A., Santos, L., & Carvalho, S. (2012). *Risco de violência: Avaliação de preditores dinâmicos*. Apresentação realizada no I Encontro Internacional de Saúde Mental, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Marques, M. (2008). *Violência em Contexto Psiquiátrico: Avaliação da Eficácia de um Programa com atividades assistidas por animais*. (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciência Biomédica de Abel Salazar.
- Marques, M., Bessa, A., Neves, G., Santos, L. & Carvalho, S. (2015a). Assessment of the risk of violence in portuguese psychiatric settings using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*, 5(5), 360-370.

Marques, M., Mendes, A., Gamito, A. & Sousa, L. (2015b). Eficácia de intervenções assistidas por animais na prevenção da violência de doentes psiquiátricos agudos hospitalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 47-56.

Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Management of violence and aggression: A manual for nurses and health care workers* (1ª ed.). London, England: Churchill Livingstone.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle-range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (3ª ed.). New York, Springer.

Monahan, J. (2008). Structured risk assessment of violence. In Simon, R. Simon, & K. Tardiff, *Textbook of violence assessment and management* (pp. 17-33). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.

Monahan, J., Steadman, H., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Silver, E. et al. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for accessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 312-319.

Morrison, E. (1994). The evaluation of a concept: Aggression and violence in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 245-253. doi: 10.1016/0883-9417(94)90066-3

Mullen P. (2000). Dangerousness, risk, and the prediction of probability. In: Gelder M., López-Ibor J., Andreason N. (Eds.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2066-2078. Oxford University Press. Oxford .

Nabais, A. (2008). Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Âmbito e contextos. Conceptualização para a prática clínica. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 30, 38-43.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2004). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. Royal College of Nursing London. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55521/>.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2015). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. Royal College of Nursing London.

Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H., Halfens, R. & Fischer, J. (2004). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence

in acute mental inpatient settings: Report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.

Neto, M. & Elkis, H. (2007). *Psiquiatria básica* (2ª ed.), Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Nijman, H. (1999). *Aggressive behavior of psychiatric inpatients: Measurement, prevalence, and determinants*. Maastricht, Netherlands: University press Maastricht, 25(3), 197-209

Nijman, H., & Palmstierna, T. (2002). Measuring aggression with the staff observation aggression scale: Revised. *Acta Psychiatrica Scandinavica supplementum*, 412, 101-102.

Nijman, H., Allertz, W., Maerckelback, H. & Ravelli, D. (1997). Aggressive behavior on an acute psychiatric admissions ward. *The European Journal of Psychiatry*, 11(2), 106-114

Nijman, H., Bjørkly, S., Palmstierna, T. & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and its prevalence. In D. Richter & R. Whittington, *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (pp. 11-23). New York, Springer Science.

Nijman, H., Palmestierna, T., Almvik, R. & Stolker, J. (2005). Fifteen years of research with the staff observation aggression scale: A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(1), 12-21. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00417.x

Nordstrom, K ; Zun L.S.; Wilson, M.P., Stiebel, V.; Anthony, T.; Bregman, B. & Anderson, E.L. (2012). Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry *Project BETA* Medical Evaluation Workgroup. *West J Emerg Med*. v. 13, n.1, 3-10. Doi: 10.5811 / westjem.2011.9.6863.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2009). *Parecer n.º 226/2009 sobre a Circular Normativa n.º 08/DSPSM/DSPCS de 25/05/2007 sobre “Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – Contenção física”*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>. [Consultado em: 17-06-2017].

Organização Mundial de Saúde (2002). Relatório mundial de violência e saúde. Genebra, Suíça: OMS.

Owen, C., Tarantello, C., Jones, M. & Tennant, C. (1998). Repetitively violent patients in psychiatry units. *Psychiatric Services*, 49(11), 1458-1461.

Paes, M., Borba, L. & Maftum, M. (2011). Contenção física a pessoas com transtorno mental: Percepção da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 309-316.

Palmstierna, T & Olsson, D. (2007). Violence from young women involuntarily admitted for severe drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(1), 66-72.

Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1990). Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(22), 152-155.

Palmstierna, T., Huitfeldt, B. & Wistedt, B. (1991). The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(12), 1237-1240.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Pilette, Patricia C. (2005) - Presenteeism in nursing: a clear and present danger to productivity. *Journal of Nursing Administration*, (35)6, . 300-3. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15951705>

Prado-Lima, P. (2009). Tratamento farmacológico da impulsividade e comportamento agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl. 2),58-65, 2009. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01/05/2013.

Pueyo , António Andrés, & Illescas Santiago Redondo. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35/11 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa, Portugal.

Ribeiro, M. & Sani, A. (2009). Modelos explicativos da agressão: Revisão teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 96-104.

Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-460.

Rodrigues, E. (2014). Avaliação do risco de violência em contexto psiquiátrico em Cabo Verde (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Rosa, A. (2008). *Violência em contexto psiquiátrico: Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto, Portugal.

Royal College of Nursing. (2005). Violence. The short-term management of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments. London.

Direcção Geral da Saúde. (2012). RPNSM (Reactualização do Plano Nacional de Saúde Mental) – Programa Nacional Para a Saúde Mental. 30 Março 2012. Disponível file:///C:/Documents%20and%20Settings/Aida%20Bessa/Os%20meus%20documentos/Downloads/i017669%20(5).pdf

Sande, R.; Noorthoorn, E.; Wierdsma, A.; Hellendoorn, E.; Staak, C.; Mulder, C.; Nijman, H. (2013). Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 22, nº 6 (2013), p. 475-84.

Sande, R.; Nijman, H.; Noorthoorn, A.; Wierdsma, A.; Hellendoorn, E.; Staak, C. & Mulder, C., (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of

short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*, nº 199 (2011), p. 473-478.

Sadock, B. & Sadock, V. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Sentieiro, Katia, (2004). A contenção em instituições não hospitalares brasileiras, Anais do XI Encontro de Amigos do Autista, AMA - Associação de Amigos do Autista, (9)12. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano04/art1204b.php>

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à intervenção em e enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra, Portugal: Quarteto

Siever, L. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *The American Journal Psychiatry*, 165(4), 292-442. Retrieved from <http://www.ajp.psychiatryonline.org>. Acesso em 01/05/2016.

Silva, C., Veloso, J., Piteira, R., Dias, S. & Silva M, (2010). *O Enfermeiro na prevenção da violência da pessoa com doença mental*. In Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM (1ª Edição) ISBN: 978-989-96144-2-0.

.Sjöström, N., Eder, D., Malm, U. & Beskow, J. (2002). La violencia y su predicción en un hospital psiquiátrico. *European Psychiatry Edition Especial*, 9, 166-172

Soliman, E. A., & Reza, H. (2001). Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric in patients. *Psychiatric Services*, 52, 75-80.

Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1),102-106.

Stefanelli, M., Fukuda, I. & Arantes, E. (Org) (2008). *Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. Barueri, SP, Brasil: Manole.

Steinert, T. (2006). Prediction of violence in inpatient settings. In Richter, D. & Whittington, R., *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (111-123). New York, Springer.

Stewart, D.; Bowers, L. & Ross, J. (2011). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: the dual role of constant special observation 68(6), 1340-8. Doi: 10.1111 / j.1365-2648.2011.05844.x

Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. & Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749–757. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x

Stuart, G & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6º ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Talina, M. (2005). Previsão do risco de violência. *PsiLOGOS: Revista do Serviço de Psiquiatria do hospital Fernando Pessoa*, 1(2), 37-42.

Tardiff, K. (1992). The current state of psychiatry in treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 49(6), 493-499.

Taylor, J., Abramova, N., Charlton, J. & Adler, P. (1998). Van Gogh. Um novo gene de polaridade de tecido de Drosophila. *Genetics* 150 (1), 199--210.

Teixeira, J. C. A., Meireles, J. P. C. & Carvalho, J. C. (2010). A teoria das transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem Saúde Mental*.4, 45-52.

Telles, L., Folino, J. & Taborda, J. (2011). Incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. *Revista Psiquiatria*, 33(1), 3-7.

Townsend, M. (2002). *Enfermagem psiquiátrica: Conceitos de cuidados* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.

Towsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiatria; Conceitos de cuidados na pratica baseada na evidência* (6ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Van de Sande R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C. & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: Effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 473-478.

van de Sande, R., Noorthoorn, E., Wierdsma, A., Hellendoorn, E., Van der Staak, C., Mulder, C., & Nijman H. (2013). Association between short-term structured risk assessment outcomes and seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 475-484.

Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: Examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180(6), 480-495.

Webster, C., Harris, G., Arroz, M., Cormier, C. & Quinsey, V. (1994). Violence prediction Scheme: Assessing dangerousness in high risk men. Toronto. Canada: University of Toronto, Centre of Criminology.

Vruwink, F.; Noorthoorn, E.; Nijman, H.; VanderNagel, J.; Hox, J. & Mulder, C.(2012).Determinants of seclusion after aggression in psychiatric inpatients.Archives of Psychiatric Nursing, 26(4), 307-315. DOI: 10.1016 / j.a

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transacional na trajetória de Enfermagem. Recuperado <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

Zauszniewski, JÁ, Bekhet, A. & Haberlein, S. (2012) Uma década de evidências publicadas para intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. *Journal of Issues in Nursing*, 17, 8. Recuperado [http://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1109112](http://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1109112)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Proposta de intervenção de EESMP a nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos tendo por base a avaliação do risco de violência (Marques et al., 2015a) e as fases da agressividade (Mason & Chandley, 1999)

Predição do risco de agressividade pela BVC (Marques, 2015a)	Fases da agressividade (Mason & Chandley, 1999)	Diagnóstico de Enfermagem (versão CIPE 1, 2011)	Intervenções do Enfermeiro-ESMP
RISCO BAIXO (SCORE = 0)	Fase de relativa normalidade Evitar a escalada da agressividade	Risco de violência, em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> • Observação e identificação de sinais de alarme; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Desenvolver escuta ativa; • Identificar com o Cliente eventuais estímulos; • Dessincronização para outro espaço (jardim) • Técnicas de distração e dessensibilização (<i>slowdown</i>).
RISCO MODERADO (SCORE 1-2)	Fase de pré-agressão Inverter a escalada de um potencial agressivo já instalado	Risco de violência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Observação intermitente; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Desenvolver escuta ativa; • Dessensibilização da pessoa doente através da realização de intervenções psicoterapêuticas do tipo psicossocial; • Definição de limites (relembrar as normas do serviço); • Dessincronização para outro espaço que permita privacidade (<i>Time-out</i>); • Redução da estimulação ambiental; • Técnicas de reforço comportamental diferenciado; • Técnicas do tipo comportamental – programação hoje/amanhã; • Técnicas de redução de <i>stress</i>: tipos de relaxamento; • Contenção farmacológica; • Contenção Ambiental (isolamento).
RISCO ELEVADO (SCORE >2)	Fase de Agressão Existe manifestação de um comportamento agressivo	<p>Violência</p> <hr/> <p>Comportamento agressivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação constante; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Escuta ativa; • Contenção Ambiental (isolamento); • Contenção farmacológica; • Contenção Física; • Contenção Mecânica.

