

DOI: 10.1590/S0080-623420130000400018

# Tradução e adaptação cultural da *Management of Aggression And Violence Attitude Scale – MAVAS* – em enfermeiros brasileiros

ARTIGO ORIGINAL

THE TRANSLATION AND CULTURAL ADAPTATION OF THE MANAGEMENT OF AGGRESSION AND VIOLENCE ATTITUDE SCALE – MAVAS – FOR NURSES IN BRAZIL

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN CULTURAL DEL *MANAGEMENT OF AGGRESSION AND VIOLENCE ATTITUDE SCALE – MAVAS* – EN ENFERMEROS BRASILEÑOS

Marcos Hirata Soares<sup>1</sup>, Divane de Vargas<sup>2</sup>

## RESUMO

Este estudo objetivou traduzir e adaptar culturalmente a *Management of Aggression and Violence Attitude Scale – MAVAS* – para uso no Brasil. As etapas metodológicas seguiram as diretrizes internacionais para adaptação cultural de escalas psicométricas: equivalência conceitual, equivalência semântica, equivalência de itens e equivalência operacional. A validade de conteúdo realizada por um grupo de juízes resultou numa escala composta por 23 itens divididos em quatro fatores com Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) satisfatórios nos parâmetros avaliados: (0,88) para clareza de linguagem, 0,91 pertinência prática e 0,92 para relevância teórica. Os dados foram coletados no ano de 2011, em Londrina, PR, Brasil. Concluiu-se que a MAVAS-BR está traduzida e adaptada culturalmente para uso no Brasil e que o instrumento traduzido e adaptado apresenta validade de conteúdo satisfatória. Estudos futuros relacionados à MAVAS-BR são sugeridos, dentre eles a avaliação de suas qualidades psicométricas, como a validade de construto e a confiabilidade do instrumento.

## DESCRIPTORIOS

Enfermagem psiquiátrica  
Escalas  
Agressão  
Estudos de validação

## ABSTRACT

This study translated and culturally adapted the *Management of Aggression and Violence Attitude Scale – MAVAS* – for use in Brazil (BR). The methodology followed the international guidelines for the cultural adaptation of psychometric scales: conceptual equivalence, semantic equivalence, items equivalence, and operational equivalence. A group of judges performed a content validity analysis that resulted in a 23-item scale divided into four factors with satisfactory content validity coefficients (CVCs) for the following parameters: clarity of language (CL; 0.88), practical relevance (PR; 0.91), and theoretical relevance (TR; 0.92). The data were collected in Londrina, state of Paraná, BR in 2011. The MAVAS was translated and culturally adapted for use in BR, and the MAVAS-BR exhibited satisfactory content validity. Future studies concerning the MAVAS-BR are suggested, including the evaluation of psychometric qualities, such as its construct validity and reliability.

## DESCRIPTORS

Psychiatric nursing  
Scales  
Aggression  
Validation studies

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo traducir y adaptar culturalmente el *Management of Aggression and Violence Attitude Scale – MAVAS* – para su uso en Brasil. Las etapas metodológicas siguieron las directrices internacionales para la adaptación cultural de las escalas psicométricas: equivalencia conceptual, equivalencia semántica, equivalencia de los elementos y la equivalencia operacional. La validez de contenido realizado por un grupo de jueces resultó en una escala con 23 ítems divididos en cuatro factores, con Coeficientes de Validez de Contenido (CVC) satisfactorios en los parámetros evaluados: claridad del lenguaje (0,88), pertinencia práctica (0,91) y relevancia teórica (0,92). Los datos fueron recolectados en Londrina, PR, Brasil en el año de 2011. Se concluyó que el MAVAS-BR está traducido y adaptado culturalmente para su uso en Brasil y la traducción y adaptación tiene validez de contenido satisfactorio. Se sugieren estudios futuros con MAVAS-BR para evaluar cualidades psicométricas, como la validez de constructo y la confiabilidad del instrumento.

## DESCRIPTORIOS

Enfermería psiquiátrica  
Escalas  
Agresión  
Estudios de validación

<sup>1</sup> Enfermeiro Psiquiátrico. Professor Assistente de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. [mhirata@uel.br](mailto:mhirata@uel.br) <sup>2</sup> Enfermeiro. Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Estudo de Álcool e Outras Drogas. São Paulo, SP, Brasil. [vargas@usp.br](mailto:vargas@usp.br)

## INTRODUÇÃO

Estima-se que as emergências psiquiátricas constituam cerca de 10% de todos os atendimentos realizados em pronto-socorros gerais e psiquiátricos, sendo a agressão por parte dos indivíduos que chegam a esses serviços um problema grave que vem sendo enfrentado nos cuidados de saúde de um modo geral, e bastante elevado no contexto psiquiátrico, principalmente em unidades psiquiátricas de curta permanência. Essas situações têm exigido cada vez mais preparo técnico-científico e conhecimento da equipe que atua nesses espaços, prestando assistência adequada diante desses quadros, a fim de evitar desfechos catastróficos<sup>(1)</sup>.

Levantamento de pesquisas sobre violência e agressão por parte de usuários de serviços de saúde publicadas nas bases de dados PubMed<sup>(2)</sup> evidenciou que entre os anos de 2000 e 2007 foram publicados 267 artigos relacionados à temática, demonstrando a atenção que tem sido dada à problemática ao redor do mundo. Apesar do aumento no interesse pelas pesquisas sobre o comportamento violento de usuários de serviços de saúde, ainda são escassos no Brasil estudos que tenham se ocupado dessa questão, especialmente entre os enfermeiros.

Estudo inglês<sup>(3)</sup> realizado com uma amostra de enfermeiros evidenciou que 16% deles referiram ter experienciado violência física no último ano e que um em cada cinco dos profissionais que passaram por episódios de agressão tiveram graves repercussões de saúde que determinaram absenteísmo ao trabalho. Outro estudo, realizado na Suíça, demonstrou que 72% dos enfermeiros que trabalhavam em serviços psiquiátricos sentiam-se seriamente ameaçados e 70% referiram ter sido atacados pelo menos uma vez durante sua carreira profissional<sup>(4)</sup>.

No Brasil, dentre os poucos estudos disponíveis relacionados ao tema, a maioria<sup>(5-6)</sup> visa descrever o perfil dos atendimentos nos serviços emergências psiquiátricas. No que se refere à literatura da enfermagem brasileira, apesar de constituir a categoria profissional que na maioria das vezes está na linha de frente dos serviços de saúde, psiquiátricos ou não, e que conseqüentemente pode constituir uma população vulnerável à agressão e à violência nos serviços de saúde, a carência de publicações parece ser ainda maior.

Pesquisa realizada com enfermeiros de pronto-socorro<sup>(7)</sup> revelou que os membros da equipe de enfermagem concebiam o paciente psiquiátrico como um indivíduo agressivo, colocando-se em posição defensiva em relação a eles. Outro estudo realizado com profissionais de enfermagem de serviços de saúde mental<sup>(8)</sup> mostrou que os participantes sentiam-se despreparados para a atuação em saúde mental e que 75% deles gostariam de ser melhor preparados para atuar em situações de emergências psiquiátricas, pois mais

de um terço dos entrevistados relatou dificuldades no manejo de pacientes com comportamento violento e agressivo.

Há uma dificuldade real no atendimento a pacientes em situação de emergência psiquiátrica, fato que já é de conhecimento amplo na profissão. Essas dificuldades devem-se à fragilidade da formação dos profissionais no campo da enfermagem psiquiátrica<sup>(8)</sup> e iniciam-se na graduação, como sugere um estudo realizado na Alemanha<sup>(9)</sup> em que estudantes de enfermagem relataram dificuldades no manejo de pacientes agressivos, levando os autores a constatar a necessidade de desenvolver tais habilidades em treinamentos específicos durante a formação desses profissionais.

O despreparo, aliado à concepção do doente mental como potencialmente agressivo, tende a gerar ideias de que deve ser assistido em local específico, retratando o modelo manicomial de segregação e exclusão. Desta forma, é fundamental a existência de estratégias de prevenção eficazes<sup>(10)</sup>, as quais

devem ter como fim último o melhor preparo das equipes de enfermagem de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, a melhor assistência de enfermagem às pessoas com comportamento violento e/ou agressivo, evitando desfechos que podem repercutir em comprometimento físico e psíquico do profissional de enfermagem vitimado por episódios de agressão.

Uma estratégia inicial para o enfrentamento dessa situação é reconhecimento das atitudes desses trabalhadores frente às questões relacionadas à agressividade e à violência por parte do paciente, que necessita de instrumentos adequados para esse fim, pois uma vez que o profissional possui conhecimento sobre a predição e o manejo do comportamento violento, o que envolve o reconhecimento de suas atitudes frente ao problema, tende também a perceber que a violência e a agressividade

provindas do paciente podem ser minimizadas de acordo com a abordagem do profissional. Quando o enfermeiro conhece suas atitudes frente à agressão e à violência do paciente, pode manejar mais adequadamente sua postura diante desse comportamento, resultando numa assistência mais humanizada e adequada aos indivíduos com comportamento agressivo ou violento<sup>(11-12)</sup>.

Diante da escassez de instrumentos capazes de mensurar as atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao comportamento violento e à agressão do paciente, foi desenvolvida na Inglaterra uma escala<sup>(13)</sup> para verificar as atitudes do enfermeiro frente à agressão do paciente e o manejo do comportamento agressivo, a *Management of Aggression and Violence Attitude Scale* – MAVAS. Considerando a inexistência de instrumentos com essa finalidade em nossa cultura, este estudo objetiva traduzi-la e adaptá-la culturalmente para utilização no Brasil.

...frente ao  
comportamento  
violento e à agressão  
do paciente, foi  
desenvolvida na  
Inglaterra uma escala  
para verificar as  
atitudes do enfermeiro  
frente à agressão do  
paciente e o manejo  
do comportamento  
agressivo, a  
*Management of  
Aggression and  
Violence Attitude Scale*  
– MAVAS.

## **The Management of Aggression and Violence Attitude Scale**

A fundamentação teórica utilizada para construção da MAVAS baseou-se na compreensão da dinâmica de explicação para o comportamento agressivo pautada em três modelos explicativos, quais sejam, o Interno, o Externo e o Situacional<sup>(12)</sup>. No Modelo Interno, há relação direta entre transtornos mentais ou a personalidade e o comportamento agressivo, ou seja, há relação direta entre a presença do transtorno mental como um fator de risco. Já o Modelo Externo é oposto ao Interno e reconhece o impacto dos fatores ambientais ou externos na manifestação da agressividade do paciente. Ressalta-se a importância do ambiente terapêutico para auxiliar na reabilitação do sujeito. Acredita-se que fatores incluindo gênero, tempo de experiência e treinamento da equipe possuem impacto na manifestação do comportamento agressivo pelo paciente. Mesmo sendo comumente relatados como fatores externos, contribuem e são influenciados por todo o contexto. É consenso, contudo, que níveis de interação entre equipe e paciente podem acarretar aumento da agressão, sendo um fator que se correlaciona com a experiência e a formação do profissional<sup>(11-13)</sup>.

O Modelo Situacional aponta que é necessário examinar a interação entre as diversas categorias de variáveis que incluem tanto fatores externos como internos, ao explorar o problema da agressividade e violência do paciente. Sendo assim, o impacto destes fatores combinados é explorado no modelo situacional, que os considera preditores mais válidos de violência do que somente o contexto ocupacional, grupal ou individual.

O manejo do paciente com comportamento agressivo exige maior ênfase na prevenção do evento, o que envolve a intervenção ou o controle dos fatores ambientais que influenciam o surgimento do comportamento agressivo. Também é necessário prever a ocorrência do evento a partir dos fatores de risco de comportamento violento e, por fim, realizar a intervenção adequada, por meio de administração de medicamentos e contenção física<sup>(12-13)</sup>.

Na maioria das vezes os profissionais de enfermagem são pressionados a coagir e controlar os pacientes, mesmo sabendo da ineficácia dessas atitudes<sup>(13)</sup>. O instrumento<sup>(13)</sup> propõe-se a auxiliar no processo de aprimoramento e capacitação das equipes que atuam em serviços em que os comportamentos agressivos são frequentes.

Construída sobre esse pressuposto teórico, a versão original da MAVAS é composta por quatro fatores que representam as perspectivas interacionais ou situacionais (sentenças de número 2, 3, 6, 20, 23), perspectiva externa da violência e agressividade do paciente (sentenças de número 1, 16 e 27), perspectiva biológica da agressividade e da violência (sentenças de número 4, 5, 7, 9, 14) e visões sobre o manejo da agressividade e da violência (sentenças de número 8, 10-13, 15, 17-19, 21, 22, 24-26)<sup>(12-13)</sup>.

Trata-se de uma escala do tipo Likert com opções de respostas que variam de 1 a 5, em que o 1 representa *concordo totalmente* e o 5, *discordo totalmente*. Quanto menor a pontuação, maior a concordância do sujeito quanto ao modelo explicativo do comportamento violento ao qual cada item da escala está relacionado. A MAVAS também possui uma versão em que o instrumento é disposto numa linha de 100 mm com os dois pontos de ancoragem (*concordo e/ou discordo totalmente*). Neste formato, a pessoa marca na linha qual ponto está mais próximo de sua opinião. Nesse estudo será utilizado o formato Likert.

O instrumento visa relacionar as atitudes do profissional de enfermagem a um ou mais modelos explicativos, identificar e comparar suas percepções em relação à atitude e ao manejo do paciente com comportamento agressivo, auxiliando em programas de educação continuada. Estudos prévios evidenciaram que a escala possui propriedades psicométricas satisfatórias, apresentando índice de confiabilidade (*r* de Pearson) de 0,89<sup>(13-14)</sup>.

## **MÉTODO**

A adaptação cultural de um instrumento de coleta de dados para utilização em outro idioma requer metodologia única, buscando equivalência entre a fonte original e o idioma ao qual se destina, trabalhando com o idioma e também com a cultura diferente. Trata-se, portanto, de um estudo metodológico, pois faz menção às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando de elaboração, validação e avaliação do instrumento em sua adaptação transcultural. Nesse tipo de estudo, a meta é a adaptação de um instrumento preciso e utilizável na língua desejada, para que possa ser empregado por outros pesquisadores.

Com vistas a traduzir e adaptar culturalmente a MAVAS para uso no Brasil, foram adotados os principais procedimentos metodológicos para avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de mensuração<sup>(15)</sup>, quais sejam: (1) equivalência conceitual, (2) equivalência semântica, (3) equivalência de itens, (4) equivalência operacional, (5) equivalência de mensuração e (6) equivalência funcional. Neste estudo serão descritos os procedimentos realizados para tradução e adaptação cultural, representados pelas etapas de equivalência de 1 a 4, sendo que as demais etapas estão em andamento.

### **Etapa 1 – Equivalência conceitual**

Nessa etapa, realizou-se a revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo (enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência), características técnico-científicas da assistência psiquiátrica inglesa e norte-americana, bem como se solicitou autorização da autora do instrumento, Joy Duxbury, via correio eletrônico para adaptação e validação da MAVAS no Brasil.

## Etapa 2 – Equivalência semântica

Nesta etapa, a versão original da escala foi traduzida para língua portuguesa em duas traduções distintas feitas por profissionais com ampla experiência e conhecimento da língua inglesa, garantindo-se que ambos não tivessem contato antes da tradução. Este processo resultou na produção das traduções 1 (T1) e 2 (T2). Após esta etapa, foi organizada uma reunião com os tradutores e os pesquisadores do estudo, visando comparar as possíveis discrepâncias entre a versão original e T1 e T2, obtendo-se dessa análise a tradução 1-2 (T 1-2), a qual constituiu a versão inicial da MAVAS para a língua portuguesa.

Dando seguimento à análise da equivalência semântica, no próximo passo realizou-se a tradução reversa ou retrotradução da T 1-2. Para isso, dois tradutores bilíngues, nativos da Inglaterra e residentes no Brasil, os quais não tiveram contato anterior com o instrumento original, procederam à retrotradução da Escala, originando as retrotraduções 1 (RT1) e 2 (RT2).

Na sequência, RT1 e RT2 foram submetidas à apreciação de um terceiro tradutor que realizou uma síntese da RT1 e RT2. Após ser avaliada pelos pesquisadores em conjunto com os tradutores, essa síntese foi submetida à apreciação da autora da Escala, que concordou com a versão apresentada, solicitando apenas que fosse mantido o título original e fazendo também observações e sugestões em algumas palavras produzidas pelas traduções e retraduições.

## Etapa 3 – Equivalência de itens

A terceira etapa compreendeu a avaliação da Escala por um comitê de juízes composto por seis membros: um linguista, uma psicóloga e duas doutoras em enfermagem psiquiátrica com experiência em validação de escalas e duas enfermeiras com experiência em serviços de urgência psiquiátrica. Para a avaliação da Escala, os juízes receberam previamente o material completo (MAVAS versão original, T1, T2, T1-2, RT1 e RT2), assim como instruções quanto a parâmetros e pontuação para avaliação dos itens, uso da escala, soma e interpretação dos escores e definição conceitual sobre cada fator causal do comportamento agressivo de acordo com os fatores da versão original da Escala<sup>(16-17)</sup>.

Nesse estágio, os juízes avaliaram a MAVAS quanto às equivalências semânticas e idiomáticas, equivalência conceitual e cultural. Para isso, foram incumbidos de atribuir um escore de adequação para cada item no que se referia a clareza da linguagem, pertinência prática, relevância e dimensão teórica<sup>(16)</sup>. Cada juiz avaliou esses parâmetros utilizando um escala que variava de 1 a 5, em que 1 representava *pouquíssima*, 2 representava *pouca*, 3 representava *média*, 4 representava *muita* e 5 representava *muitíssima* adequação do item ao parâmetro avaliado<sup>(16)</sup>. Fez parte do instrumento de validação dos itens um formulário em que os juízes podiam emitir suas opiniões sobre o instrumento.

Após a consolidação dessa etapa, foi originada a 2ª versão preliminar da MAVAS. Com intuito de verificar a validade de conteúdo, ou seja, verificar se os itens que compunham a escala originada da análise dos juízes representavam adequadamente o conteúdo de interesse do instrumento, calculou-se o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)<sup>(16)</sup>, que avalia a concordância entre os juízes, cujo resultado mostra a equivalência de conteúdo. Com base nas notas dos juízes, primeiro calculou-se a média ( $M_x$ ) das notas de cada item, em que  $\sum_{i=1}^j x^i$  representou a soma das notas e  $j$ , o número de juízes que avaliaram o item (6 no caso):

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^j x^i}{j}$$

Com base na média, calculou-se o CVC inicial para cada item (CVC<sub>i</sub>), em que  $V_{máx}$  representa o valor máximo que o item poderia receber (5 no caso):

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{máx}}$$

Foi realizado também o cálculo de erro (Pe<sub>i</sub>) para cada item, cujo objetivo é diminuir os vieses causados pela análise dos seis juízes, representado por

$$Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

Com isso, o CVC final (CVC<sub>f</sub>) de cada item foi assim calculado: CVC<sub>f</sub> = CVC<sub>i</sub> - Pe<sub>i</sub>. O cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo total foi obtido pelo cálculo da média do CVC<sub>i</sub> e Pe<sub>i</sub>; CVC<sub>t</sub> = Mcvc<sub>i</sub> - Mpe<sub>i</sub>, em que MCVC<sub>i</sub> representa a média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do questionário e Mpe<sub>i</sub> a média dos erros dos itens do questionário.

O critério para permanência do item no instrumento foi apresentar CVC<sub>f</sub> ≥ 0,8<sup>(16)</sup> nos três parâmetros avaliados. Finalizando essa etapa, a versão prévia da MAVAS-BR foi encaminhada a um tradutor independente, o qual foi incumbido de realizar uma nova tradução reversa. A retrotradução para a língua inglesa mostrou que a versão em língua portuguesa apresentou forte semelhança com a versão original, apenas com observações simples.

## Etapa 4 – Equivalência operacional

A quarta etapa visou verificar a pertinência, a adequação e a compreensão do instrumento pela população-alvo (pré-teste). O pré-teste da versão MAVAS-BR foi realizado aplicando-se o instrumento a uma amostra composta por 20 enfermeiros oriundos de serviços de saúde mental (hospital psiquiátrico, pronto-socorro psiquiátrico e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) de um município do interior do Estado do Paraná.

Os critérios de inclusão na amostra do pré-teste foram trabalhar em serviços de saúde mental, possuir experiência no atendimento de urgências psiquiátricas e aceitar participar do estudo. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2011, nos locais de trabalho dos participantes, os quais foram informados sobre o objetivo da escala e receberam instruções sobre a avaliação.

Ao final da Escala, acrescentou-se uma questão aberta, solicitando a opinião do enfermeiro em relação ao instrumento e que se posicionasse quanto à compreensão do significado das questões. As respostas foram discutidas com cada um dos entrevistados na coleta dos questionários respondidos, o que possibilitou uma avaliação qualitativa da MAVAS-BR.

Nessa etapa, o estudo visou ajustar a formulação das questões da 2ª versão preliminar da MAVAS-BR, em função da população-alvo para a qual seria aplicada. Diferentemente do estudo da versão original da MAVAS, em que a Escala foi aplicada também em pacientes psiquiátricos, em sua validação no Brasil, julgou-se adequada sua aplicação apenas para enfermeiros, pelas diferenças socioculturais existentes entre a maioria dos pacientes brasileiros e os e aqueles da cultura em que se desenvolveu a escala.

### Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UEL), (CAAE: 3060.0.000.268-09) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

### Características da amostra

A amostra do estudo piloto da pesquisa de adaptação e validação cultural da MAVAS-BR caracterizou-se por ser predominantemente feminina (85%), em que mais de 60% tinha mais de 40 anos, 50% era especialista em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, tinha mais de dez anos de experiência de atuação na área e, em sua maioria (60%), trabalhava em hospital psiquiátrico.

## RESULTADOS

Não foram observadas discrepâncias no processo de tradução e retrotradução da MAVAS, o que possibilitou o envio imediatamente da versão traduzida e retrotraduzida para para análise dos juízes. As iniciais MAVAS foram mantidas, acrescentando-se a sigla BR (Brasil) ao seu final, fazendo alusão à adaptação para uso no País. Esse procedimento foi adotado, acatando a sugestão da autora da escala, para manutenção das iniciais originais do nome do instrumento em língua inglesa, já conhecido internacionalmente, o que também facilita possíveis buscas em bancos de dados. Ainda na avaliação da autora, a tradução do termo agressividade, o qual havia sido retrotraduzido para *agressive* nos itens 20 e 21, não havia ficado adequada ao sentido do item, tendo sugerido que fosse mantida a palavra *agression*, conforme constava na versão original, o que foi acatado.

Na avaliação semântica dos itens da adaptação brasileira, o item 26 (*O uso do descalonamento é eficaz na prevenção da violência*), foi excluído do instrumento brasileiro, pois não atingiu o ponto de corte  $CVC \geq 0,8$ .

Na tradução dos itens 06 e 20, a palavra *staff* foi traduzida pelos tradutores como *equipe*. Na avaliação, os juízes sugeriram que a melhor tradução para o contexto da escala seria *profissionais*.

Tanto a autora quanto os juízes não concordaram com a retrotradução da palavra *ward* para *health facility*, tendo sido mantido o original *ward*. De acordo com a análise de ambos (autora e juízes), a palavra *ward* foi traduzida nos itens 06, 20 e 21 como *unidade de saúde*. Com relação à alocação de cada item nos fatores de origem, todos os juízes concordaram com as dimensões propostas e não houve mudança de itens nos fatores da versão adaptada quando comparados à versão original.

O produto da análise dos escores atribuídos pelos juízes que avaliaram a MAVAS quanto às equivalências semânticas e idiomáticas, equivalência conceitual e cultural e que foram incumbidos de atribuir um escore de adequação para cada item no que se referia à Clareza de Linguagem (CL), Pertinência Prática (PP) e Relevância Teórica (RT) foi a exclusão de quatro itens que não atingiram, após a análise da avaliação dos juízes,  $CVC_i \geq 0,8$ .

Seguindo esse critério, os itens de número 08 (*Nesta unidade de saúde são usadas diferentes abordagens para lidar com a agressão e a violência dos pacientes*); 09 (*Pacientes agressivos com os profissionais devem tentar controlar seus sentimentos*), 22 (*A medicação prescrita pode levar o paciente a agressão e violência algumas vezes*) e 26 (*O uso do descalonamento é eficaz na prevenção da violência*) foram excluídos da versão MAVAS-BR. Com exceção do item 08, observou-se que todos os demais pertenciam ao fator *visões sobre manejo da agressividade e da violência*.

Finalizadas as quatro etapas propostas para tradução e adaptação cultural da MAVAS-BR, a escala para uso no Brasil ficou composta por 23 itens (85,2%) da versão original, observando-se que todos os itens que permaneceram na versão brasileira apresentam CVC satisfatórios. Observou-se ainda que o  $CVC_i$  da MAVAS-BR para cada um dos parâmetros avaliados pelos juízes foi de 0,88 para Clareza de Linguagem, 0,91 para Pertinência Prática e 0,92 para Relevância Teórica (Tabela 1).

Na Tabela 1 são apresentados os quatro fatores e os respectivos itens que os representam e compõem a MAVAS-BR, bem como os parâmetros utilizados para a validação de conteúdo<sup>(16)</sup>.

O fator 1 ficou representado por cinco itens; o 2 por três itens; o 3, por quatro itens e o fator 4, por 11 itens. De acordo com a tabela 1, os que tiveram a maior pontuação possível em todos os parâmetros (0,99) foram os itens 27, 5, 13 e 18.

A análise da questão aberta, disponibilizada ao final da MAVAS-BR, solicitando comentários e sugestões dos profissionais que participaram do pré-teste, resultou na observação feita por um dos participantes, o qual manifestou dúvidas em relação aos itens 10, 12 e 24 da escala, ao considerar que o termo isolamento poderia ser entendido como contenção físico-química, atitude dos profissionais, ou mesmo a internação como forma de isolamento social. Durante os esclarecimentos que foram feitos a cada um

dos participantes dessa etapa, esclareceu-se a este participante de que o sentido do termo significaria o isolamento

dos demais e restrição física, em quartos privativos com este propósito.

**Tabela 1** - Versão final da MAVAS-BR resultante da tradução e adaptação cultural para uso no Brasil, Londrina, PR, Brasil, 2011

Item	Sentença	CL*	PP**	RT***
<b>Fator 1: Perspectiva interacional/situacional</b>				
02	outras pessoas fazem os pacientes ficarem agressivos ou violentos;	0,95	0,87	0,96
03	os pacientes normalmente se tornam agressivos porque os funcionários não lhes dão atenção;	0,93	0,85	0,96
06	a má comunicação com os profissionais pode tornar o paciente agressivo;	0,88	0,88	0,88
20	a melhora na relação entre os profissionais e pacientes pode reduzir a incidência de agressividade no paciente;	0,87	0,93	0,84
23	de uma maneira geral, são as situações que levam os pacientes a serem agressivos.	0,93	0,99	0,98
<b>Fator 2: Perspectiva externa ou ambiental</b>				
01	pacientes são agressivos por causa do ambiente em que se encontram;	0,94	0,95	0,99
16	ambientes de cuidado muito rígidos podem contribuir para a agressão e a violência;	0,87	0,87	0,85
27	se o espaço físico fosse diferente, os pacientes seriam menos agressivos.	0,99	0,99	0,99
<b>Fator 3: Perspectiva biológica</b>				
04	é difícil evitar que os pacientes se tornem agressivos;	0,85	0,87	0,84
05	os pacientes são agressivos porque estão doentes;	0,99	0,99	0,99
07	há tipos de pacientes que frequentemente se tornam agressivos com os profissionais;	0,87	0,85	0,82
14	pacientes agressivos automaticamente se acalmam se deixados sozinhos.	0,86	0,81	0,86
<b>Fator 4: Manejo da agressão e violência</b>				
10	quando um paciente está violento, o isolamento é uma das abordagens mais eficientes a ser usada;	0,80	0,83	0,87
11	pacientes violentos frequentemente são contidos para sua própria segurança;	0,84	0,89	0,89
12	a prática de isolar pacientes violentos deve ser evitada;	0,83	0,99	0,99
13	medicação é uma abordagem valiosa no tratamento de comportamentos agressivos e violentos;	0,99	0,99	0,99
15	a negociação poderia ser usada com mais eficiência quando se lida com agressão e violência;	0,82	0,86	0,89
17	manifestações de agressividade nem sempre exigem intervenção dos profissionais;	0,89	0,99	0,99
18	algumas vezes a contenção física é utilizada mais que o necessário;	0,99	0,99	0,99
19	alternativas ao uso de contenção e sedação para lidar com a violência de pacientes poderiam ser utilizadas com mais frequência;	0,95	0,93	0,93
21	a agressividade do paciente poderia ser lidada com mais eficiência nesta unidade de saúde;	0,82	0,99	0,93
24	algumas vezes o isolamento é usado mais do que o necessário;	0,80	0,92	0,93
25	medicamentos prescritos deveriam ser usados com mais frequência para ajudar pacientes que estão agressivos e violentos.	0,80	0,82	0,93
<b>Total (CVC)</b>		<b>0,88</b>	<b>0,91</b>	<b>0,92</b>

CL = Clareza de Linguagem, PP = Pertinência Prática, RT = Relevância Teórica

## DISCUSSÃO

O processo de tradução e adaptação cultural da MAVAS para uso no Brasil foi realizado de forma sistematizada e seguiu todas as etapas preconizadas pelas diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas<sup>(17)</sup>.

Na avaliação semântica, realizada pelos juízes, o item 26 (*O uso do descalonamento é eficaz na prevenção da violência*) foi excluído, pois não atingiu o CVC exigido para permanência no instrumento. A exclusão do item deveu-se ao desacordo entre os juízes quanto a sua clareza. Esse fato pode estar relacionado ao termo descalonamento, que apesar de se referir a uma técnica bastante utilizada na prática, é desconhecido pela maioria dos profissionais.

O descalonamento é definido como uma resolução gradual de uma situação potencialmente violenta e/ou agressiva pela utilização de expressões verbais e físicas de empatia, aliança e definição de limite não-confrontacional, baseado no respeito entre o profissional e o paciente<sup>(18)</sup>.

Nessa situação, o comitê de juízes sugeriu a exclusão do item, uma vez que não fazia parte do contexto científico assistencial da saúde mental no Brasil. A literatura especializada<sup>(16)</sup> alerta para a ocorrência desse tipo de problema quando se trata da equivalência de termos técnicos avançados oriundos de outros países e culturas, mas permite que o comitê tome a conduta que julgar necessária.

Por outro lado, os itens 10, 12 e 24, que continham a palavra *isolamento* permaneceram no texto. Apesar da

ponderação legal quanto aos limites do uso de técnicas de isolamento e restrição física ser de conhecimento amplo, obviamente ainda persistem, em graus diversos, as práticas desalinhadas aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira<sup>(5-8)</sup>. Esses itens apresentaram índices satisfatórios de CVC, com a ressalva de que suas propriedades psicométricas pudessem ser avaliadas em estudo posterior, assim como para os demais itens da escala. No julgamento destes itens, considerou-se o fato do isolamento e/ou da restrição física serem medidas consideradas desumanas e polêmicas do ponto de vista técnico e legal na prática psiquiátrica brasileira<sup>(5-8)</sup>. Também fora do Brasil há esforços para reduzir o uso desse tipo de prática, utilizando-a o mínimo possível e como último recurso<sup>(19-22)</sup>.

Os itens eliminados no comitê de juízes foram: 08 (*Nesta unidade de saúde são usadas diferentes abordagens para lidar com a agressão e violência dos pacientes*); 09 (*Pacientes agressivos com os profissionais devem tentar controlar seus sentimentos*), 22 (*A medicação prescrita pode levar o paciente à agressão e à violência algumas vezes.*) e 26 (*O uso do descalonamento é eficaz na prevenção da violência*). Apresentaram deficiências em todos os três aspectos analisados pelos juízes (clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica), o que levou a sua exclusão.

Pelo fato de quase todos os termos (com exceção do item 08) pertencerem ao fator *visões sobre manejo da agressividade e violência*, considera-se a possibilidade de haver diferenças no manejo do paciente com comportamento agressivo entre o Reino Unido (país da autora da escala) e o Brasil, as quais poderão ser confirmadas ou não nas próximas etapas desta pesquisa, que se ocupará da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

É importante a observação feita por um sujeito na etapa operacional com relação à palavra isolamento, a qual poderia ter entendimentos diversos, uma vez que, da mesma forma que há uma crítica ao processo de internação em hospitais psiquiátricos no Brasil, também há a mesma preocupação

quanto aos recursos de isolamento e restrição física, as quais devem ser usadas como última alternativa<sup>(1,20-22)</sup>.

Apesar de os avanços trazidos por esse estudo, seus resultados devem ser interpretados no âmbito de algumas limitações, dentre elas a diferença no processo de validação de face da versão original da Escala, que foi realizada aplicando-se o instrumento tanto a pacientes quanto a enfermeiros<sup>(12-13)</sup>, e no fato de que os sujeitos do pré-teste serem oriundos de um único município de uma região geográfica do país.

## CONCLUSÃO

A MAVAS-BR é uma escala traduzida e adaptada culturalmente para uso no Brasil. O processo metodológico pautado pelas diretrizes internacionais para a realização desse tipo de estudo permite afirmar que o instrumento traduzido e adaptado apresenta validade de conteúdo satisfatória.

O estudo abre perspectivas para futuras pesquisas relacionadas ao uso da MAVAS-BR no Brasil, dentre elas a avaliação de suas qualidades psicométricas, como a validade de construto e a confiabilidade, bem como a identificação das atitudes dos enfermeiros brasileiros frente às questões relacionadas ao comportamento violento e à agressividade dos pacientes.

Este estudo traz avanços significativos para enfermagem psiquiátrica e especificamente para as urgências e emergências nessa área, dada a relevância e a importância em oferecer um instrumento validado na língua portuguesa do Brasil para mensurar as atitudes e as concepções da equipe de enfermagem sobre o comportamento violento dos pacientes, o que, em última análise, contribui para aprimorar a assistência e os treinamentos na área.

Por fim, destaca-se que a Escala traduzida possui grande potencial de aplicação e utilização, tanto no meio acadêmico como assistencial, possibilitando maior interesse da enfermagem psiquiátrica brasileira por essa temática ainda pouco explorada no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Prates JG, Vargas D. Abordagens frente à agitação psicomotora e comportamento violento em emergências psiquiátricas In: Martins HS. Pronto-Socorro: condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2ª ed. Barueri: Manole; 2008. p. 1526-33.
2. Jansen GJ, Middel B, Dassen T. An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes toward aggression scale. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(4):467-77.
3. Nijman HLI, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav*. 2005;31(3):217-27.
4. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2002;(412):110-7.
5. Santos MESB, Amor JA, Del-Ben CM, Zuardi AW. Psychiatric emergency service in a school general hospital: a prospective study. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):468-74.
6. Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EM. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2010 [cited 2012 Mar 18];44(3):796-802. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en\\_35.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_35.pdf)

7. Campos CJG, Teixeira MB. Caring of the mental ill patient in the emergency room: feelings and attitudes from nurse's staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):141-9.
8. Tavares CMM. Permanent education of the team of nursing for the care in the services of Mental health. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):287-95.
9. Nau J, Dasse T, Halfens R, Needhem I. Nursing experiences in managing patient aggression. *Nurse Educ Today*. 2007;27(8):933-46.
10. Rosa, AGS. Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Agression Scale) [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2008.
11. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health in general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 1999;6(2):107-14.
12. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence in a mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(3):325-37.
13. Duxbury J. Testing a new tool: the Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS). *Nurs Res*. 2003;10(4):39-52.
14. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):469-78.
15. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.
16. Cassep-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L, organizador. *Instrumentação psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 506-20.
17. Viana HB, Madruga VA. Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas. *Rev Digital (Buenos Aires) [Internet]*. 2008 [citado 2012 mar. 19];12(116):1-8. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>
18. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12(1):64-73.
19. Organização Mundial de Saúde (OMS). Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação. Genebra: OMS; 2005.
20. Delaney KR, Johnson ME. Keeping the unit safe: mapping psychiatric nursing skills. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2006;12(4):198-207.
21. American Psychiatric Nurses Association. APNA position statement: staffing inpatient psychiatric units. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2012;18(1):16-22.
22. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatr*. 2010;56(4):412-23.

#### Agradecimentos

À Joy Duxbury PhD BSc RN RMN. Divisional Leader for Mental Health. Department of Nursing, University of Central Lancashire, UK, aos membros participantes do comitê de juizes especialistas e à Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil, pelo apoio na disseminação da pesquisa.