

# Situações de Agitação e Violência: a Realidade numa Unidade de Doentes Agudos

## *Situations of Agitation and Violence: the Reality in an Acute Inpatient Ward*

Fátima Honrado Ferreira \*, Pedro Florido \*

### RESUMO:

A agressividade/violência apesar de estar presente em todos os indivíduos e sociedades, pode manifestar-se de diferentes formas. Se por um lado é considerada como algo inato ao Homem, por outro, é cada vez mais encarada como um fenómeno social com um enquadramento cultural, social e histórico. Os comportamentos violentos, num internamento psiquiátrico, não podem, e não devem ser, atribuídos somente a factores directamente ligados ao doente. Há um conjunto de factores que podem favorecer um clima de hostilidade dentro da unidade de internamento. Deve ser tido em conta o ambiente da enfermaria e o papel dos profissionais de saúde, em particular o papel dos enfermeiros.

**Palavras-Chave:** Agressividade; Violência; Intervenções de Enfermagem.

### Abstract:

*Although aggressiveness/violence is present in all individuals and societies, it may have different manifestations. Even though, on one hand, it is considered innate to Man, on the other it is viewed as a social phenomenon with a cultural, social and historical frames. Violent behaviour in a psychiatric inpatient ward cannot, and should not, be solely at-*

*tributed to factors that are directly linked to the patient; there is a set of factors that may contribute to a hostile environment within the inpatient ward. The environment in the ward as well as the role of the mental health care professionals, and in particular the role of the nurse, should be taken into account.*

**Key-words:** Aggressiveness; Violence; Nursing Interventions.

Quando iniciámos este trabalho algumas questões se nos colocaram: O que é Agressividade, O que é a Violência, Como gerir a Agressividade/ Violência, Quais as Intervenções de Enfermagem e a Realidade no Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca?

Os conceitos agressividade e violência, são complexos de definir. O termo “agressividade” significa: “(...) disposição para agredir e/ou provocar; espírito empreendedor; energia, actividade, combatividade”<sup>1</sup>. Filliozat<sup>2</sup> salienta a distinção que Fromm fez entre “agressividade defensiva, que é um processo adaptativo inato ao serviço do indivíduo e da espécie e a destrutividade, crueldade específica da espécie humana”. A primeira denominou-a de

\* Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE. [honrado.ferreira@hff.min-saude.pt](mailto:honrado.ferreira@hff.min-saude.pt)

“agressividade biofílica” (*bios* = vida, *filo* = que ama). É a pulsão que ama a vida, que a protege e, portanto, que não a destrói. É a energia de um ser, o seu impulso vital. A agressividade biofílica é natural. Pelo contrário, a destrutividade não o é. É a esta que eu chamo violência”<sup>1</sup>. Nouvion<sup>3</sup> não usa o termo violência, preferindo usar a terminologia “comportamento agressivo” ou “acto agressivo”. Faz a distinção entre comportamento agressivo reactivo e pró-activo.

Vários têm sido os autores que procuraram entender e teorizar, sob diferentes perspectivas, a agressividade e a violência. Na teoria psicanalítica, Freud “atribuiu uma importância crescente à agressividade, mostrando-a a operar desde cedo no desenvolvimento do indivíduo”<sup>9</sup>. Dollard propõe a teoria da frustração-agressão, na qual o Homem tende a concretizar um objectivo proposto e perante a incapacidade em atingi-lo, gera-se frustração<sup>10</sup>. O comportamento agressivo provém da acumulação de experiências frustrantes e tem a sua origem em factores externos. Bandura, com a teoria da aprendizagem social, vê a agressividade como o resultado da observação, imitação de experiências passadas, de reforços positivos e punições.<sup>11</sup> Entende que o reforço do comportamento agressivo tende a provocar a sua repetição e identifica como origem as experiências passadas e aprendizagens, a família, o sistema social, os meios de comunicação social, etc.

A agressividade e/ou violência é reconhecida a partir do comportamento geral, podendo-se

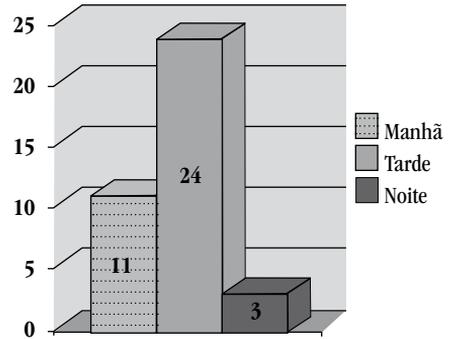
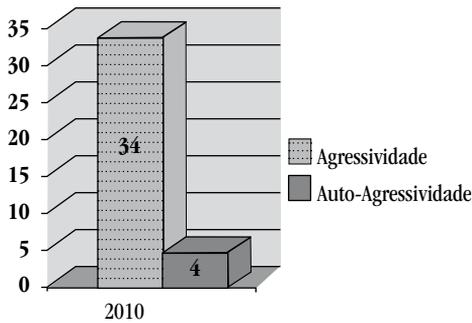
manifestar verbalmente (gritos, insultos, ameaças, sarcasmo, humilhação, etc.) e não verbalmente (movimento, mímica, gesticulação).

### **A Pessoa com Perturbação Mental e a Violência**

Socialmente, e mesmo entre os profissionais de saúde, quando se fala em psiquiatria e em pessoas com perturbações mentais associa-se a violência e a agressividade, como se fossem indissociáveis uma da outra. Os comportamentos agressivos, num internamento psiquiátrico, não devem ser atribuídos somente a factores ligados ao doente (patologia, idade, sexo). Consideramos que há um conjunto de factores que podem fomentar a hostilidade numa unidade de internamento. Nesse sentido, deve ter-se em conta o ambiente da enfermaria (hora do dia, número de recursos humanos e de utentes internados) e acreditamos que as interações doente-ambiente-profissional de saúde são essenciais na relação e para o ambiente terapêutico.

Pela análise dos episódios de agressividade/violência no internamento de doentes agudos do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, no ano de 2010, verificou-se que dos 38 episódios de agressividade, 24 ocorreram no turno da tarde (das 15 às 22h), antes ou após o horário de visita, em espaços comuns (jardim, corredores e outros espaços sociais), só cinco episódios ocorrendo no quarto do doente.

Do total de ocorrências, 31 estiveram relacionadas com doentes do sexo masculino.



Omerov, Owen e Lanza, citados por Johnson<sup>4</sup> referem que ocorrem maior número de episódios violentos quando o ambiente é hiperestimulante e *stressante*, dando o exemplo das horas das refeições e da toma da medicação. Também refere, como observado na nossa enfermaria, um aumento da agressividade quando há um maior número de doentes do sexo masculino internados. Os episódios são mais frequentes nos corredores e nos espaços comuns, mais do que nas unidades individuais.

O mesmo estudo revela ainda que relativamente aos factores atribuíveis aos profissionais de saúde, algumas variáveis a ter em conta devem ser o sexo, a experiência, a satisfação e tipo de interacção. O sexo feminino é com mais frequência vítima de intimidação; ocorrem maior número de incidentes violentos em equipas onde a experiência e a satisfação profissional é menor. Na nossa análise de episódios de agressividade não se

verificou haver maior número de situações ocorridas com enfermeiros etariamente mais novos, mas verificou-se que na presença de elementos exclusivos do sexo feminino ocorreram um maior número de incidentes provocatórios. Como factores relacionados exclusivamente ao doente temos: a idade; sexo; etnia; história prévia; o tipo de admissão e o diagnóstico. Estudos de McNeil & Binder, Kho et al., Arango et al., Flannery & Walker, Chou et al., Edman & Wistedt, citados por Johnson<sup>4</sup> revelam que: os indivíduos jovens (dos 20 aos 30 anos) são mais agressivos que os indivíduos mais velhos. No entanto, indivíduos mais velhos são referidos como mais violentos. Relativamente ao sexo e à etnia, não há uma conclusão consensual, embora vários estudos apontem que o sexo masculino tende a ser mais violento fisicamente e que na mulher predomina a violência verbal e dirigida contra objectos. Não identificaram diferenças significativas relativamente à variável raça.

Um dos dados mais consistentes relaciona o aparecimento de comportamentos violentos em internamento com a existência de história recente de episódios violentos e em doentes admitidos involuntariamente. Relativamente ao diagnóstico, estes autores identificam os doentes com esquizofrenia como sendo os que apresentam mais episódios de violência, no entanto esta posição está longe de ser consensual. Alguns autores afirmam que não existe uma prevalência maior de comportamento violento entre as pessoas com doença mental relativamente à população em geral. No entanto, Almeida<sup>5</sup> defende que “a prevalência de comportamento violento entre os doentes mentais é, desde há muito, objecto de controvérsia. Ainda que o Homem, desde sempre, associe doença mental à violência e à criminalidade, múltiplos autores, motivados pelas suas convicções, pelos seus estudos, e/ou pelo desejo de contribuir para uma não estigmatização dos doentes mentais, e dos doentes que padecem de psicose esquizofrénica em particular, asseguram não existir uma maior prevalência de criminalidade, nomeadamente criminalidade violenta, entre os esquizofrénicos.”

### **Estratégias para Lidar com a Agressividade e Violência**

Delaney e Johnson<sup>6</sup> consideram três tipos de situações em escalada de acordo com as propriedades da previsibilidade, temporalidade e intensidade:

**Situações de erupção** (“*Suddenly erupting situations*”), que como o próprio nome indica, refere-se a situações que irrompem de forma súbita. Geralmente com grande intensidade, muitas vezes começam sem um factor precipitante conhecido e, habitualmente, culminam na agressão;

**Situações de tensão latente** (“*Smoldering situations*”), situações que se caracterizam por um nível de intensidade moderada que permanece num estado latente por um período de tempo prolongado;

**Situações efervescentes** (“*Bubbling-up situations*”), que por sua vez se caracterizam por pequenos aumentos de intensidade, sem atingirem extremos como a erupção súbita, nem permanecem num estado de latência.

Duxbury<sup>7</sup> considera que a abordagem ao problema da agressividade e violência, nas unidades de internamento para doentes mentais, passa por: medidas preventivas, técnicas de “de-escalation” e pelos “métodos tradicionais” (isolamento, contenção e medicação). Advoga ainda a importância e primazia de estratégias combinadas de medidas preventivas e competências comunicacionais adequadas.

Delaney e Johnson<sup>6</sup> realizaram um estudo qualitativo cujo objectivo é o de construir uma base teórica do processo de “de-escalation”, através da observação do modo como os enfermeiros lidam com situações de tensão em que os doentes estão ameaçadores ou agressivos.

vos. Procuraram descrever o contexto dessas situações de tensão agressiva e as intervenções de enfermagem, usadas como estratégias de “de-escalation”, para manutenção de um ambiente seguro. Levantam ainda a questão da sua eficácia e aplicabilidade prática.

Os resultados revelaram que o comportamento dos enfermeiros contribui para criar um meio seguro e promover uma cultura positiva na unidade. Reafirmam que existe pouca investigação sobre a competência de enfermagem na criação e manutenção de um meio seguro. Neste estudo identificam também algumas competências e técnicas de enfermagem como relevantes na gestão de situações de violência, tais como: o “*respeito do cliente como um indivíduo, comunicação inter-subjectiva, e a capacidade de estar totalmente presente na situação*”. Esta capacidade de estar presente (“*being there*”) refere-se à consciencialização que o enfermeiro deve ter do comportamento particular de determinado doente, bem como das interações que ocorrem no ambiente da enfermaria. Independentemente da actividade que o enfermeiro possa estar a realizar no contexto da enfermaria deve manter-se atento e observar as alterações subtis que surgem no comportamento individual e do grupo.

Os autores concluem que a criação de um ambiente seguro, não coercivo, numa unidade de psiquiatria para doentes agudos inclui adoptar estratégias de “de-escalation”, onde as capacidades individuais de cada enfermeiro

são parte constituinte e fundamental dessas estratégias.

As competências técnicas e relacionais que lhes estão subjacentes assentam em conhecimentos teóricos e são influenciadas pela experiência e características do enfermeiro, bem como da relação enfermeiro-doente.

Dos dados obtidos pela observação e entrevistas a enfermeiros e a doentes, realça-se que as respostas mais eficazes no controlo de comportamentos agressivos passam por:

- Perceber quais as necessidades do doente e como este as manifesta;
- Capacidade em encontrar um equilíbrio entre tolerância e controlo;
- Atitude de respeito pela dignidade do indivíduo;
- Estar presente (“*being there*”);
- Ter a consciência dos comportamentos individuais, das interações em grupo e das alterações que podem ocorrer, mesmo que subtis;
- Estabelecer relação e dar apoio.

As estratégias de “De-escalation”, segundo o National Institute For Clinical Excellence<sup>8</sup>, passam por utilizar técnicas que procuram acalmar uma escalada de agressividade e como primeira linha de intervenção deve:

- Evitar a provocação;
- Ter a consciência que o doente que apresenta comportamento agressivo dificilmente se acalmará por si só;

- Reconhecer o que perturba e acalma o outro;
- Controlar a nossa própria comunicação verbal e não verbal;
- Assumir o controlo das situações potencialmente agressivas/violentas;
- Controlar o ambiente (retirar outros doente do local, criar espaço, deslocar para local seguro, evitar ficar encurralado, etc.);
- Dar instruções claras, breves e assertivas;
- Negociar de forma realista e evitar ameaçar;
- Colocar perguntas de forma aberta e centradas no indivíduo, mostrar preocupação e atenção através das respostas verbais e não-verbais;
- Escutar atentamente e mostrar empatia;
- Reconhecer quaisquer ressentimentos, preocupações ou frustrações;
- Não ser paternalista ou minimizar as preocupações demonstradas;
- Garantir que a sua própria comunicação não-verbal não é ameaçadora, e provocadora, o que implicará prestar atenção a sinais não-verbais, tais como o contacto visual e permitindo maior espaço do que o normal, adopção de uma postura não ameaçadora mas segura, aparência calma, confiante e de auto-controlo, sem ser demissionário ou arrogante.

Os enfermeiros, que contactam diariamente com doentes potencialmente agressivos e violentos, devem aprender a reconhecer sinais destes comportamentos, desenvolvendo capacidades de observação e avaliação, de

forma a actuar preventivamente. É importante identificar os motivos e os factores das alterações de comportamento.

Nas intervenções com doentes potencialmente agressivos, ou mesmo agressivos, é importante a qualidade da relação enfermeiro/doente. A confiança e a compreensão permitem ao doente verbalizar e expôr as razões que o levam a adoptar esse tipo de comportamento, os seus medos, ansiedades e frustrações.

Neste sentido acreditamos que as intervenções dos enfermeiros, numa unidade de internamento de doentes agudos psiquiátricos, é essencial na prevenção e contenção de situações de conflito e/ou agressividade. É através da compreensão das causas, motivos, razões e o modo de expressão do comportamento agressivo/violento que o enfermeiro pode determinar as estratégias de intervenção em cada caso particular e com cada doente.

#### **Conflitos de Interesse / *Conflicting interests:***

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

*The authors have declared no competing interests exist.*

#### **Fontes de Financiamento / *Funding:***

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

*The authors have declared no external funding was received for this study.*

**Bibliografia / References**

1. Instituto António Houaiss de Lexicografia – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Lisboa: Ed. Temas & Debates, 2005.
2. Filliozat, Isabelle – A Inteligência do Coração, Rudimentos de Gramática Emocional. Lisboa: Ed. Pergaminho, 1997.
3. Nouvion, O. Sylvain; et. al. – Human Proactive Aggression: Association With Personality Disorders and Psychopathy. *Aggressive Behavior*. 2007 33(6):552-62.
4. Johnson, M. E. – Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2004 2004;10(3):113-121.
5. Almeida, Fernando – Psicose esquizofrênica e criminalidade. *Psiquiatria Psicologia & Justiça*, nº 1, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça, 2007.
6. Delaney, K. R.; Johnson, M. E. – Keeping the Unit Safe: Mapping Psychiatric Nursing Skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2007; 13(1):42-52.
7. Duxbury, J. – An evaluation of *staff* and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002;9:325-337.
8. National Institute for Clinical Excellence – Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments, *Clinical Guideline 25*, 2005. London.
9. Laplanche, J.; Pontalis, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. 6ª Edição. Moraes Editores. Lisboa 1985.
10. Gauquelin, F. et al. *Dicionário de Psicologia, as ideias, as obras, os homens*. Edições Verbo. Lisboa, 1980.
11. Bandura, A. *Social Learning Theory*. Prentice Hall; 1ª Edição, 1976.