

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo
na Pessoa com Doença Mental: Intervenções de
Enfermagem

Pedro José Cunha da Luz

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo
na Pessoa com Doença Mental: Intervenções de
Enfermagem

Pedro José Cunha da Luz

Orientador: Professora Maria Isabel da Costa Silva

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A capacidade de ouvir sem julgar, de decifrar silêncios ou o que é dito indiretamente, de acreditar que as pessoas são capazes de mudar comportamentos menos saudáveis e manter os positivos, são competências e crenças que os enfermeiros de saúde mental necessitam de desenvolver na sua prestação de cuidados para entender melhor as necessidades de saúde e preocupações dos clientes”
(Santos & Cutcliffe, 2018, p.260)

AGRADECIMENTOS

A todos os **clientes** a quem prestei cuidados em vários contextos de saúde.

À **Equipa docente da ESEL**, especialmente à Prof.^a Isabel Costa Silva, pela disponibilidade, orientação, conhecimentos transmitidos, vários momentos de reflexão, introspeção e autoconhecimento, o que conduziu ao meu crescimento pessoal.

À Prof.^a Cristina Baixinho, apesar de não ser da área, pela disponibilidade e inúmeros incentivos que me deu.

Aos **colegas de trabalho**, Enfermeiras Cátia Rodrigues e Cláudia Vasconcelos, Psiquiatras Bruno Trancas, José Ramos e restante equipa multidisciplinar do Serviço de Agudos de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, local onde trabalho. Agradeço as trocas de turnos, pela estimulação e encorajamento, opiniões e sugestões.

Às **equipas multidisciplinares** dos locais de estágio por onde passei, pelo suporte, colaboração e aprendizagens.

Aos **orientadores clínicos**, mestres e especialistas na área, colegas, parceiros, amigos e guias, pela enorme partilha de conhecimentos e experiências.

À **Ana Pinheiro**, enfermeira, amiga e colega de percurso académico na especialidade, pelos momentos passados, trabalhos de grupo realizados, sessões de reflexão conjunta e amizade incondicional.

À **minha esposa**, por todo o tempo que tolerou as minhas ausências, pelo enorme e incansável apoio e incentivo demonstrados, pelo suporte e presença constantes, tanto nos bons como nos maus momentos.

À **família e amigos** especialmente pais e irmão, pelo “pouco tempo que os visitei” durante este percurso académico, pela alegria e orgulho demonstrados, pela força de vontade e energia transmitidos.

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral da Saúde.

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

ENA – *Emergency Nurses Association's*.

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OECD – *Organisation for Economic Cooperation and Development*.

OSHA – *Occupational Safety and Health Administration*.

SU – Serviço de Urgência.

RESUMO

Os Comportamentos Agressivos e a doença mental estão frequentemente associados. As suas consequências podem ser nefastas para o cliente e profissionais de saúde, passando por danos físicos, psicológicos, materiais, inclusive a rotura das relações terapêuticas entre cliente-equipa. O EESMP tem a responsabilidade e competências necessárias para prever, prevenir e gerir estes comportamentos.

Os objetivos deste projeto são: desenvolver estratégias de intervenção com a pessoa com doença mental na predição, prevenção e gestão de comportamentos agressivos; realizar intervenções de âmbito psicoeducativo focadas na prevenção ou redução desses comportamentos; demonstrar tomada de consciência de mim mesmo na relação com a pessoa portadora de doença mental e sua família; realizar formação aos enfermeiros sobre técnicas de de-escalação.

Regi a minha prática pelo modelo teórico de Betty Neuman, indentificando os stressores dos clientes, seus recursos e possíveis medidas preventivas, ou redução do seu impacto na homeostasia dos sistemas.

O estágio decorreu numa Equipa Comunitária de Psiquiatria da Grande Lisboa (25/09/2017 a 24/11/2017) e num Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital da Grande Lisboa (27/11/2017 a 9/02/2018).

Relativamente à metodologia, na comunidade destaco as entrevistas de enfermagem efetuadas, onde foram realizadas intervenções de âmbito psicoeducativo para munir os clientes e famílias com estratégias preventivas e de gestão da agressividade.

No contexto de urgência psiquiátrica, destaco as intervenções preventivas na pessoa com doença mental que apresentava risco ou manifestava comportamentos agressivos, privilegiando a técnica de De-escalação. Foi aplicada a Escala BVC como instrumento de avaliação de risco de agressividade, elaborada uma *guideline* e realizadas sessões formativas aos enfermeiros relativamente ao comportamento agressivo, sinais e sintomas, técnicas preventivas e de gestão do mesmo.

Concluindo, este estágio permitiu desenvolver competências ao nível do autoconhecimento, da apreciação clínica na predição dos comportamentos agressivos e implementação de estratégias para a sua prevenção, nomeadamente as técnicas de de-escalação e psicoeducação.

Palavras-Chave: “Comportamento Agressivo”; “Violência”; “De-escalação”; “Doença Mental”; “Intervenções de Enfermagem”.

ABSTRACT

Aggressive behaviors and mental illness are often associated. Its consequences can be harmful to clients and health professionals, including physical, psychological and material damages, including the rupture of therapeutic relationships between client-team. EESMP has the responsibility and skills to predict, prevent and manage these behaviors.

The objectives of this project are: to develop strategies of intervention with the person with mental illness in the prediction, prevention and management of aggressive behaviors; to carry out psychoeducational interventions focused on the prevention or reduction of these behaviors; to demonstrate awareness of myself in the relationship with the person with mental illness and his family; to train nurses on de-escalation techniques.

I based my practice on the theoretical model of Betty Neuman, identifying client's stressors, resources and possible preventive measures, or reducing their impact on the homeostasis of their systems.

The internship took place in a Psychiatric Community Team of Greater Lisbon (25/09/2017 to 24/11/2017) and in a Psychiatric Emergency Service of a Hospital of Greater Lisbon (27/11/2017 to 9/02/2018).

Regarding the methodology, in the community, I highlight the nursing interviews conducted, where psychoeducational interventions were carried out in order to provide clients and families with preventive and management strategies of aggression.

In the psychiatric urgency context, I highlight the preventive interventions in the person with mental illness that presented risk or exhibited aggressive behaviors, privileging the De-escalation technique. The BVC Scale was applied as an aggression risk assessment tool, a guideline was elaborated and training sessions regarding aggressive behavior, signs and symptoms, and prevention and management techniques were given to nurses.

In conclusion, this internship allows the development of competences at the level of self-knowledge, clinical appreciation in prediction of aggressive behaviors and implementation of strategies for their prevention, namely de-escalation and psychoeducation techniques.

Keywords: *“Aggressive behavior”, “Violence”, “De-escalation”, “Mental illness”, “Nursing interventions”*.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. QUADRO DE REFERÊNCIA.....	16
1.1. Comportamento Agressivo e Violência na Pessoa com Doença Mental.....	17
1.2. Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo	22
2. PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	41
2.1 Equipa Comunitária de Psiquiatria na área da Grande Lisboa	42
2.2.Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital da Grande Lisboa	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
Apêndices	
Apêndice I - Folheto Informativo “Como prevenir o comportamento agressivo?”	
Apêndice II - Guião de Entrevista de Enfermagem – Cliente	
Apêndice III - Guião de Entrevista de Enfermagem – Família do cliente	
Apêndice IV - Análise dos <i>Stressores</i> dos Entrevistados	
Apêndice V - Folha de Registo de Intervenções no SU	
Apêndice VI - Questionário aos enfermeiros do SU	
Apêndice VI - Plano de sessão formativa no SU	
Apêndice VIII - <i>Guideline</i> – “Prevenção do comportamento agressivo”	
Apêndice IX - Avaliação da sessão formativa	
Anexos	
Anexo I - Escala BVC (<i>Brøset Violence Checklist</i>)	
Anexo II - Escala EMDABS (<i>English modified De-Escalating Aggressive Behaviour Scale</i>)	

INDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Sinais e Sintomas que predizem o comportamento agressivo	25
Quadro 2 – Avaliação da sessão formativa pelos enfermeiros.....	67

INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio foi elaborado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e tem como objetivo descrever e analisar as atividades implementadas nos locais de estágio, com o intuito de desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) e alcançar o Grau de Mestre.

A sobrecarga associada à doença mental é considerável, acabando por afetar uma grande parte da população. Estima-se que uma em cada duas pessoas dos países da *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD) irá experienciar uma doença mental ao longo da sua vida e que, uma em cada cinco pessoas, adultos na idade laboral, podem a qualquer momento sofrer doenças ou problemas mentais (OECD, 2017).

Tendo em conta que sou enfermeiro há seis anos e que presto cuidados num serviço de agudos de psiquiatria há cinco, senti necessidade de ampliar, aprofundar e desenvolver conhecimentos na área da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos.

Assim, a problematização da área de estudo incidiu sobre o comportamento agressivo da pessoa com doença mental.

Como a ocorrência de episódios de agressividade por parte dos clientes adultos nos contextos de serviços de saúde mental são recorrentes, levando a uma destabilização do ambiente e do funcionamento do próprio serviço, torna-se fundamental investigar a ocorrência destes episódios por forma a compreender a sua origem e caracterização, de modo a poderem ser implementadas as intervenções de enfermagem na prevenção e gestão destes comportamentos.

Dickens, Piccirillo & Alderman (2013) referem que a doença mental e os comportamentos agressivos estão fortemente interligados.

Segundo o 1º estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental realizado por Almeida & Xavier (2013), as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa, destacando-se como percentagem mais elevada a ansiedade (16,5%), seguida da depressão (7,9%) e das doenças de controlo de impulsos com 3,5%. Relativamente à sua prevalência, Portugal é dos países considerados com maior percentagem de perturbações de Controlo de Impulsos, estando os EUA com

6,8%, de seguida a Irlanda do Norte com 3,4%, a Ucrânia com 3,2% e outros países com valores inferiores a 1,9%, nomeadamente a Roménia, França, Holanda, Bélgica, Bulgária, Espanha, Alemanha e Itália (Almeida & Xavier, 2013; DGS, 2014).

No grupo das Perturbações de controlo de impulsos, podemos destacar em Portugal: as perturbações de oposição, com 0,4%; perturbação da conduta, com 0,1%; e perturbação explosiva intermitente, com 1,8% (Almeida & Xavier, 2013).

Na sua prática quotidiana, o enfermeiro que presta cuidados de saúde mental depara-se com clientes com alterações comportamentais, nomeadamente agitação psicomotora e comportamentos agressivos/violentos associados.

Santos & Cutcliffe (2018) defendem que os enfermeiros de saúde mental são o grupo profissional que passa mais tempo em contacto direto com os clientes. Normalmente são estes os primeiros profissionais a interagir e a estabelecer relações terapêuticas com os clientes, acabando por apresentar um elevado risco de serem vítimas devido ao maior contacto com episódios de agressividade e violência (Wells & Bowers, 2002; Farrel, Bobrowski & Bobrowski, 2006). Para os mesmos autores, os clientes são os principais agressores, podendo também as suas visitas assumir esse papel, sendo os clientes e/ou objetos outros possíveis alvos de agressão.

A agressão e violência contra profissionais de saúde é um problema global. Em Inglaterra, entre 2010-2011, ocorreram 57830 relatos de agressão em contexto de prestação de cuidados, resultando em baixas médicas, afetando física e psicologicamente os profissionais de saúde, diminuindo a satisfação no trabalho e acabando por aumentar a sua ansiedade e stresse (Dickens et al., 2013).

Segundo o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2017), estes comportamentos podem ter como causas precipitantes fatores biológicos e patológicos (pessoais, mentais, físicos, funcionais, comunicacionais e comportamentais) sociais, económicos, organizacionais/constitucionais, ambientais e culturais.

Outros autores defendem que há bastantes enfermeiros alvo de ameaças, por agressividade verbal e física, sendo estimado 33-65% na Austrália (Roche, Diers, Duffield & Catling-Paull, 2010), 50% na Suíça (Hahn et al., 2012) e 76% nos EUA (Speroni, Fitch, Dawson, Dugan & Atherton, 2014).

De acordo com Sha et al. (2016), todos os anos, cerca de 25% dos enfermeiros de saúde mental no setor público são alvo de comportamentos agressivos, taxa

considerada três vezes superior a várias das restantes classes profissionais. Já Spector, Zhou & Che (2014) afirmam que nos serviços de psiquiatria, 55% dos enfermeiros já foram alvo de agressões físicas por parte dos clientes a quem prestam cuidados, sendo considerada uma taxa elevada quando comparada com outros serviços de saúde. Para reforçar estes dados, Sha et al. (2016) revelam que os comportamentos agressivos são mais frequentes nos serviços de saúde mental quando comparados com outros serviços de saúde.

A nível nacional, em 2015, foram realizadas 582 notificações *online* de episódios de violência exercida sobre os profissionais de saúde (DGS, 2015). Destas, 426 foram efetuadas por profissionais de saúde do sexo feminino e 156 do sexo masculino, sendo os enfermeiros quem ocupa a primeira posição e os médicos a segunda, em ambos os géneros (DGS, 2015).

De acordo com a DGS (2015), o local onde ocorreram mais episódios de violência foi na Consulta Externa (143), de seguida nos Serviços de Urgência (89), Serviços de Medicina de Adultos (57), Serviços de Internamento de Psiquiatria (48), Serviços de Atendimento (45) e, por fim, nos Serviços Administrativos (29).

Deparando-me com estas informações e, sendo o serviço de internamento de psiquiatria o 4º lugar onde ocorrem mais agressões, constato que esta realidade não se verificou na evidência científica internacional pesquisada.

Remetendo-nos para os agressores, 307 eram clientes, 129 familiares dos clientes, 109 profissionais de saúde da unidade de saúde em questão e 17 acompanhantes do cliente (DGS, 2015). De salientar que os agressores eram predominantemente os clientes dos hospitais, centros de saúde, serviços de psiquiatria, serviços de urgência e unidades de desabituação (DGS, 2015).

É importante referir que, de todos os profissionais que efetuaram a notificação online, 423 indicaram que a violência é habitual na sua unidade de saúde, 346 referiram que o episódio de violência poderia ter sido prevenido e 51 efetuaram queixa à polícia (DGS, 2015). Tendo em conta a minha experiência profissional, considero que existe pouca adesão à notificação *online* por parte dos enfermeiros, embora este tipo de acontecimentos seja bastante frequente no contexto da saúde mental, acabando por serem desvalorizadas situações sem danos significativos.

Em Portugal, em 2010, no Serviço de Psiquiatria de Agudos do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, ocorreram 38 casos de agressividade, sendo 34 de heteroagressividade e 4 de autoagressividade (Ferreira & Florido, 2011).

Tendo em conta o serviço em que desempenho funções - Internamento de Agudos de Psiquiatria - estes comportamentos ocorrem devido a múltiplos fatores endógenos e exógenos ao cliente, que irei descrever no quadro de referência. Considero as fases de descompensação da doença mental um dos principais fatores para este acontecimento, uma vez que esta problemática emerge quando os clientes não têm juízo crítico e *insight* para perceberem, naquele momento, que necessitam de ajuda profissional.

Nesta perspetiva, o problema identificado relaciona-se com os comportamentos agressivos manifestados pelos clientes com doença mental e o facto de os profissionais de saúde não terem a formação e/ou conhecimentos necessários para poder agir corretamente, bem como atitudes e/ou características pessoais indicadas, prevenindo este tipo de situações.

Neste sentido, os autores Baby, Gale & Swain (2018) defendem que a medida preventiva mais adequada e precoce será a formação e treino na redução e prevenção dos comportamentos agressivos.

Quando o enfermeiro é confrontado com alterações do comportamento, como a agitação psicomotora e agressividade, é premente a necessidade de adaptar a sua intervenção, de forma a estabilizar o estado psicopatológico do cliente e reduzir o risco de lesão a si próprio, ou a outro.

Por isso, é essencial a presença de um EESMP nos diversos serviços de saúde que prestam cuidados às pessoas com doença mental, especialmente nos serviços de Urgência e Internamento de doentes Agudos de Psiquiatria. Este profissional está mais sensibilizado e desperto para este tipo de manifestações comportamentais, tendo meios e conhecimentos para agir adequada e preventivamente.

Por tudo isto, face às exigências do serviço onde trabalho e ao gosto pelo desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, decidi investir nesta temática.

Tendo em conta a problemática descrita, considereei como questão de partida: “Quais as intervenções do EESMP para prevenir e gerir o comportamento agressivo na pessoa com doença mental?”.

Para os resultados que me propus alcançar, defini como objetivos gerais do meu Projeto de Estágio:

- desenvolver estratégias de intervenção com a pessoa com doença mental, nomeadamente na predição, prevenção e gestão de comportamentos agressivos;
- realizar intervenções de âmbito psicoeducativo focadas na prevenção ou redução dos comportamentos agressivos da pessoa com doença mental;
- demonstrar tomada de consciência de mim mesmo na relação com a pessoa portadora de doença mental e sua família;
- realizar formação aos enfermeiros sobre técnicas de de-escalação.

A finalidade do meu Projeto é adquirir competências de EESMP, bem como promover intervenções de enfermagem centradas na redução da agressividade da pessoa com doença mental, dando enfoque na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos através de estratégias de *coping* específicas, centradas no cliente e sua família.

O enfermeiro especialista deve ter amplo conhecimento técnico-científico, pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas, além da sensibilidade e compaixão no cuidado humano (Benner, 2001).

A existência de comportamentos agressivos manifestados pelos clientes é uma questão real, tornando-se relevante promover uma prática avançada em enfermagem através do planeamento, implementação e avaliação de estratégias e intervenções eficazes. Estas práticas são benéficas na sua prevenção e gestão, sendo essencial aperfeiçoar as intervenções planeadas através da pesquisa, análise e resolução de problemas, baseando a minha prática com as evidências estudadas.

Também como futuro EESMP, foi necessário evoluir e progredir para uma prática avançada, tendo adquirido e desenvolvido uma experiência sustentada e uma prática reflexiva no meu dia-a-dia, o que me levou a um maior desenvolvimento pessoal e profissional. Tendo em conta a minha experiência profissional e conhecimentos adquiridos neste percurso, considero ter conhecimento técnico e científico, pensamento crítico, capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas, para além da sensibilidade e tomada de decisões éticas e morais (Benner, 2001).

Seguindo o Modelo de Dreyfus de Benner (2001), considero-me no nível proficiente, pois trabalho há 5 anos num serviço de psiquiatria, analiso

conscientemente os problemas com que me deparo, planifico a minha intervenção de forma consciente e procuro a eficiência na implementação da mesma. Aprendi bastante com a minha experiência laboral conseguindo, por vezes, antecipar e prever certos acontecimentos típicos na minha área de trabalho, tendo aperfeiçoado o meu “sinal de alarme precoce”, agindo de forma preventiva (Benner, 2001).

Considero que, devido à minha experiência profissional e após este percurso académico, já adquiri competências ao nível de perito, pois compreendo os problemas de forma intuitiva, não me perdendo num largo leque de soluções e diagnósticos, utilizando instrumentos de avaliação nos momentos de dúvida.

As aprendizagens adquiridas ao longo deste mestrado permitiram-me adquirir e aprofundar as quatro competências específicas do EESMP, durante os semestres teóricos mas, principalmente, durante o Estágio (OE, 2010b).

O meu Relatório é composto por dois capítulos: o Quadro de Referência e a Prática Clínica e Desenvolvimento de Competências.

O Quadro de Referência está dividido em dois subcapítulos: o primeiro descreve o Comportamento Agressivo e Violência na Pessoa com Doença Mental; o segundo aborda as intervenções de enfermagem na Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo. A Prática Clínica e Desenvolvimento de Competências é composto por dois subcapítulos, descrevendo-se as minhas intervenções nos locais de estágio, nomeadamente numa Equipa Comunitária de Psiquiatria na área da Grande Lisboa e num Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital da Grande Lisboa.

1. QUADRO DE REFERÊNCIA

Neste capítulo é abordado o percurso metodológico da pesquisa efetuada sobre a temática, assim como os conceitos de comportamentos agressivos e violência na pessoa portadora de doença mental e manifestação dos mesmos. São também abordadas as intervenções de enfermagem, fundamentadas pelo Modelo Teórico de Sistemas da Betty Neuman e, por fim, as Intervenções do Enfermeiro na predição, prevenção e gestão do comportamento agressivo.

Ao longo deste percurso metodológico foram efetuadas pesquisas no sentido de verificar a evidência científica existente sobre a temática.

Estas pesquisas foram efetuadas nas bases de dados científicas, nomeadamente nas plataformas *B-on*, *EBSCO - MEDLINE/CINAHL*, *SCIELO* e *PUBMED* utilizando como critérios de inclusão as datas limite 2010-2018, idioma Português/Inglês, texto integral, artigos científicos de investigação qualitativos, quantitativos e revisões sistemáticas da literatura. Outros critérios de inclusão foram a evidência científica relacionada com a pessoa com doença mental, o comportamento agressivo, os contextos de serviços de psiquiatria e urgência psiquiátrica.

Já como critérios de exclusão foram considerados os *abstracts* divergentes dos critérios acima referidos.

Na pesquisa tive por base a seguinte pergunta: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção e gestão do comportamento agressivo da pessoa com doença mental?”.

Utilizei como palavras-chave na pesquisa: “*Aggressiveness*”; “*Violence*”; “*Aggressive behavior*”; “*De-escalation*”; “*Adult*”; “*Mental illness*”; “*Mental health settings*”; “*Nursing interventions*“. Os operadores booleanos associados foram “AND” e “OR”.

Encontrei 60 artigos científicos relacionados com a temática e, após aplicação dos critérios supracitados, selecionei 35 através da sua leitura e análise.

Para colmatar algumas lacunas da pesquisa efetuada, decidi também pesquisar bases de dados de livre acesso, como o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), nomeadamente para pesquisar dissertações de mestrado e doutoramento, conseguindo ter uma visão da investigação já existente nesta área.

Foi ainda realizada pesquisa em centros de documentação onde foram consultadas monografias de autores de referência na pessoa com doença mental e comportamentos agressivos.

1.1. Comportamento Agressivo e Violência na Pessoa com Doença Mental

Segundo a DGS (2014, p. 25) “a agressividade, característica inerente e vital à espécie, radica filogeneticamente na própria sobrevivência. Do ponto de vista ontogenético, ela determina o processo de separação/individuação, de afirmação pessoal e de construção da identidade.” Deste modo, a agressividade é não só uma alteração do comportamento, mas também algo que pode ser inerente ao ser humano, uma adaptação inata do indivíduo aos acontecimentos da sua vida, uma manifestação da sua energia, impulsividade e “vontade de viver”, o chamado “instinto de sobrevivência” (Filliozat, 1997; Ferreira & Florido, 2011).

São vários os autores que relacionam temas como a agressividade e violência na área da saúde mental, mas alguns não discernem estes dois conceitos.

A violência é considerada como:

uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte, ou tenha a possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002, p. 5).

A classificação de uma ação enquanto violência pode ser perspectivada de várias formas, tendo em conta como esta é percebida, vivida e representada, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade. Pode adotar características de agressão física, psicológica, sexual, de discriminação e/ou constrangimento social, ocorrendo em diferentes contextos, na vida privada ou doméstica, escolar, laboral ou pública (DGS, 2014). Podemos, então, concluir que a agressividade pode evoluir para a violência assim que assume um papel intencional.

Para Scharfetter (2005), a agressividade é um comportamento (verbal, não-verbal) dirigido a outros (heteroagressão), ao próprio (autoagressão) ou mesmo a um objeto; esta magoa, danifica; explora, abusa; ofende, humilha, rebaixa, desvaloriza; impede, limita; expulsa; mata.

A heteroagressividade verbal e não-verbal dirigida aos profissionais de saúde pode passar por atirar objetos, murros, pontapés, chapadas, cuspidelas, amarras, atos

sufocados, mordidelas, arranhadelas, acompanhadas por ameaças, insultos, assédio e agressão sexual (Richards & Schub, 2017).

As alterações do comportamento, apesar de serem manifestações psicopatológicas, podem estar relacionadas com diversas condições clínicas, no entanto encontram-se associadas à doença mental, podendo algumas manifestar-se através de atitudes de desconfiança, arrogância, sarcasmo, irreverência, retração, ameaça, impaciência, hostilidade e agressividade (Townsend, 2011).

Gates, Gillespie & Succop, (2011) e Speroni et al. (2014) investigaram os comportamentos agressivos manifestados pelos clientes e dirigidos aos enfermeiros, analisando os seus componentes e caracterizando-os consoante o seu tipo (verbal e física), o local/contexto em que ocorrem (serviços de agudos e em maior número nos serviços de urgência), as consequências a nível pessoal (físicas e mentais, com traumas a curto e longo prazo) e as consequências a nível institucionais (absentismo/ausência por baixa, insatisfação e falta de motivação dos profissionais, compensação de horas inexistente, aumento do volume de trabalho e da necessidade de segurança, danos na propriedade e processos de litígio).

Existe uma necessidade premente de investirmos nas intervenções de carácter preventivo, pois destes comportamentos podem resultar várias consequências: danos e lesões para os profissionais de saúde, para os clientes internados e visitantes, bem como para os próprios agressores, resultando num internamento mais complexo e prolongado para eles, interrompendo-se o processo de convalescença e propiciando uma rotura nas relações terapêuticas existentes com a equipa de saúde (Al-Sagarat, Hamdan-Mansour, Al-Sarayreh, Nawafleh & Moxham, 2016; Sha et al., 2016). Pode também resultar em graus de incapacidade psicológica, como por exemplo stress e *burnout*, raiva, culpa, vergonha, medo de voltar a trabalhar, stress pós-traumático, acabando por afetar a saúde mental dos profissionais (DGS, 2015; Al-Sagarat et al., 2016; Richards & Schub, 2017). Associado a esta consequência pode surgir a diminuição da produtividade e da qualidade dos cuidados prestados pela equipa devido ao “mau clima/ambiente” gerado e às ausências por baixas médicas (Al-Sagarat et al., 2016; Sha et al., 2016). Outra consequência pode ser o aumento dos recursos e custos para o sistema nacional de saúde para ampliar a vigilância/supervisão, compensar as ausências dos profissionais, processos de litígio,

danos materiais e da propriedade hospitalar (DGS, 2015; Sha et al., 2016; Richards & Schub, 2017).

Remetendo-nos para casos mais graves, em 2014, no serviço de psiquiatria do Hospital de Shellharbour, situado na Austrália, ocorreu um caso de homicídio entre clientes e um deles, com 47 anos, faleceu após ter sido agredido com um objeto durante uma discussão no turno da noite (Al-Sagarat et al., 2016). Os mesmos autores (2016) realizaram um estudo entre 2013 e 2014, em dois Hospitais Públicos de Al-Karamah, um com 25 enfermeiros e 150 camas, outro com 125 enfermeiros e 250 camas, nos serviços de internamento de psiquiatria, foram avaliados 203 processos clínicos dos clientes, com autorização dos mesmos, dos quais 23,6% apresentaram agressividade.

Monahan, Vesselinov, Robbins & Appelbaum, (2017) avaliaram um estudo anteriormente realizado em três serviços de agudos de psiquiatria em três hospitais distintos nos Estados Unidos da América e concluíram que, dos 951 clientes participantes, 58% já tinham experienciado pelo menos um tipo de agressividade (tanto como agressor, como vítima ou comportamentos auto lesivos), 28% pelo menos dois tipos de agressividade e 7% os três tipos de agressividade.

Os mesmos autores (2017) defendem que os comportamentos agressivos manifestados pelas pessoas com doença mental dirigidos a terceiros afetam tanto as vítimas como os próprios agressores, na medida em que se amplia o estigma existente na opinião pública e da sociedade, associado muitas vezes ao medo da pessoa com doença mental. Já as pessoas com doença mental também são alvo destes comportamentos na sociedade, sendo geralmente uma taxa superior quando comparada à população em geral (Monahan et al., 2017).

A agressividade pode ter origem na acumulação de experiências frustrantes ao longo da vida e pode gerar nova agressividade (quanto mais episódios agressivos surgirem, maior é a probabilidade da sua repetição), estando esta conceção inserida na hipótese da Frustração-Agressão (Dollard, Doob, Miller, Mowrer & Sears, 1939).

Estas frustrações podem ter a sua génese nas aprendizagens e experiências de vida pessoal, familiar, sistema social, meios de comunicação social, entre outros, onde a pessoa analisa o comportamento agressivo, tendo em conta os seus benefícios ou consequências (Bandura, Ross, & Ross, 1961; Bandura, 1973).

Existem outras teorias explicativas para os comportamentos agressivos. De entre elas podemos destacar o Modelo interno, externo e situacional/internacional (Dickens et al., 2013). O Modelo Interno remete-nos para a agressividade instintiva, em que ocorre a sobrevivência do mais apto, levando a uma população mais forte e saudável (Lorenz, 2002; Dickens et al., 2013). Dentro deste modelo também são descritas as características da pessoa propensa a manifestar comportamentos agressivos, como por exemplo apresentar antecedentes de violência/criminalidade, patologia psiquiátrica, perturbação da personalidade, adição a substâncias tóxicas, sintomas psicóticos, desorganização/confusão, baixa tolerância ao stress, ansiedade e frustração, bem como crenças de que a violência é um comportamento aceite (Ventura-Madangeng & Wilson, 2009; Gates et al., 2011; Dickens et al., 2013; Speroni et al., Atherton, 2014; OSHA, 2015; Parker, 2016). Já como fatores condicionantes, destacam-se o género, idade e *status* socioeconómico (Dickens et al., 2013).

Monahan & Steadman (1994) estudaram os fatores de risco da manifestação de comportamentos agressivos, classificando-os em quatro domínios: disposicionais/pessoais (idade, género, estado civil e educação), históricos (antecedentes psiquiátricos, antecedentes laborais e criminais), contextuais (falta de acomodação, *status* laboral presente, admissões prévias, auto e heteroagressividade antes do presente internamento) e clínicos (tipo de admissão, diagnóstico, abuso de substâncias e sintomas).

Barlow, Grenyer & Ilkiw-Lavalle (2000) acrescentam como fatores de risco bastante consideráveis as admissões involuntárias/internamentos compulsivos, fases agudas da esquizofrenia e da perturbação afetiva bipolar.

Como nos diz Townsend (2011, p. 239) “os indivíduos que são agressivos defendem os seus direitos básicos pessoais violando os direitos básicos dos outros.”

Em contexto de serviços de saúde mental, as causas precipitantes destes comportamentos são maioritariamente endógenas ao cliente, tendo por base a sua perceção do ambiente que o rodeia, por vezes influenciada por sintomas como delírios, alucinações, estados confusionais, desorientação, ideias sobrevalorizadas ou até mesmo estímulos/ações de outras pessoas (NICE, 2017).

Durante os períodos de descompensação, vários clientes apresentam uma baixa tolerância à frustração e têm dificuldade em suportar a negação dos seus pedidos, bem como lidar com os comportamentos sintomáticos dos outros clientes que os

rodeiam (NICE, 2017). Por isso, os comportamentos agressivos não devem ser atribuídos somente a características ligadas ao cliente, mas também a um conjunto de fatores que podem fomentar a hostilidade, como por exemplo o ambiente de prestação de cuidados (hora do dia, número de recursos humanos, clientes internados, ambiente stressante) e as interações cliente-ambiente-profissional de saúde, que são essenciais na relação e no ambiente terapêutico (Ferreira & Florido, 2011).

Quanto ao Modelo Externo, o espaço disponível, a superlotação, padrões de mudança, privacidade limitada e temperatura elevada, tornam-se contributos para a manifestação da agressividade pelos clientes com doença mental (Dickens et al., 2013).

Também são considerados fatores influenciadores a segurança inadequada, sem limites ou restrições no acesso aos diferentes espaços, longos tempos de espera, sobrelotação e falta de treino dos profissionais na gestão dos comportamentos agressivos dos clientes, o género e nível de experiência (Duxbury, 2002; Ventura-Madangeng & Wilson, 2009; Gates et al., 2011; Speroni et al., 2014; OSHA, 2015; Parker, 2016).

É também relevante referir que os clientes tendem a manifestar comportamentos agressivos maioritariamente nos períodos de refeições em conjunto, nos momentos da administração da terapêutica e de tratamentos específicos (Dickens et al., 2013).

Já no Modelo Situacional/internacional, as interações entre os clientes e os profissionais de saúde são fulcrais, pois podem despoletar e/ou manter o comportamento agressivo (Dickens et al., 2013). Ocasionalmente a agressão dirigida aos enfermeiros é um resultado das relações e interações entre o enfermeiro-cliente (Duxbury & Whittington 2005; Richter & Whittington, 2006; Price & Baker, 2012).

Foram descritos como fatores condicionantes e prejudiciais da variante comportamental dos clientes a existência de contradições na prática dos enfermeiros, a imposição de regimes severos e a possibilidade de os profissionais de saúde não escutarem nem valorizarem os seus problemas (Jansen, Dassen & Jebbink, 2005).

A agressividade pode apresentar vários estadios ou níveis. Mason & Chandley (1999) conceberam o Modelo da Agressão Física, onde é descrito o ciclo da agressividade. Este ciclo explana a progressão da agressividade e violência ao longo de três estadios, podendo estes ser afetados por vários fatores e prevenidos pelo profissional de saúde:

1ª Fase (normalidade relativa) - é considerada uma fase de atividade normal do dia-a-dia. Por exemplo, no contexto de prestação de cuidados, quando o cliente está a cumprir tratamento, onde os enfermeiros devem implementar as suas intervenções para a manutenção dos seus comportamentos e atitudes, aliados a um estado de alerta;

2ª Fase (pré-agressão) - fase em que ocorrem situações anormais onde o comportamento agressivo ainda não está instalado, mas é evidente. O enfermeiro deve detetar e prever os sintomas, sinais de alerta e risco;

3ª Fase (ataque) - considerada a última etapa da escalada da agressividade, quando a pessoa perde o controlo dos seus impulsos e parte para a agressão ou violência, não respondendo a interações verbais. A melhor opção de intervenção, neste caso, é a contenção. Considero relevante referir que o enfermeiro deve preferencialmente ter uma intervenção preventiva tanto na primeira como na segunda fase, pois ao intervir na terceira fase do ciclo terá de gerir a agressividade através de medidas coercivas como a contenção.

Já para Johnson & Delaney (2007), existem três tipos de escalada da agressividade, tendo em conta a sua previsibilidade, temporalidade e intensidade: situações de erupção (irrompem de forma súbita e geralmente com grande intensidade, por vezes sem razão causal, resultando na agressão); situações de tensão latente (nível de intensidade moderada e tempo prolongado, permanecendo neste estado); situações efervescentes (aumento gradual da intensidade, sem chegar ao extremo).

Segundo Mavandadi, Bieling & Madsen (2016), se o enfermeiro não intervir atempadamente nos clientes internados que apresentem agitação, podem escalar para a agressão e violência. Para assegurar uma resolução segura é essencial que os profissionais interrompam o ciclo da agressão antes que evolua para a violência.

1.2. Intervenções de Enfermagem na Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo

O Modelo Teórico subjacente à prática de cuidados de enfermagem no qual fundamentei as minhas intervenções foi o de Sistemas da Betty Neuman, pelo que o mesmo mais desenvolvido no capítulo seguinte.

Este modelo é dinâmico e composto por quatro dimensões: a Saúde (assenta na mudança constante do bem-estar e do estado de doença), a Pessoa (sistema aberto), o Ambiente (caracterizado como fatores internos e externos que rodeiam e influenciam o sistema cliente) e a Enfermagem (relacionada com todas as variáveis que influenciam a resposta da pessoa ao stresse).

No decurso do seu processo de saúde-doença, a pessoa está em constante interação com o ambiente em que está inserido, sendo esta interação recíproca. Pode ser influenciada por inúmeros *stressores*, intrapessoais, interpessoais e extrapessoais, podendo provocar um desequilíbrio do sistema-pessoa, prejudicando as suas linhas de resistência. Os *stressores* são considerados estímulos que provocam tensões, tendo a potencialidade de causar instabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

As intervenções de enfermagem são essenciais e, se forem aplicadas precocemente, podem ser direcionadas/focadas nos *stressores* da pessoa com doença mental, podendo prevenir situações complexas e propiciar resultados benéficos.

No seu dia-a-dia, o Enfermeiro tem uma enorme responsabilidade no processo, pois o seu comportamento contribui para criar um meio seguro e promover uma cultura positiva no serviço de psiquiatria, utilizando competências e técnicas relevantes para a prevenção de situações de agressividade, tais como o respeito pelo cliente como ser único, a comunicação assertiva e a capacidade de estar “totalmente” presente na situação.

A violência manifestada pelos clientes não deve ser uma “parte constituinte do trabalho” dos enfermeiros, mas sim ser gerida por estes profissionais (Roche et al., 2010). Duxbury (2002) considera que a abordagem a este tipo de comportamentos passa pela aplicação de métodos de avaliação de risco, medidas preventivas, uso de “técnicas de de-escalação”, competências comunicacionais adequadas e tipos de contenção.

Considero que a intervenção do enfermeiro deve focar-se nas medidas preventivas, podendo passar por ações de presença e acompanhamento individual que proporcionem ao cliente a libertação de tensões e hostilidades. Deve recorrer à palavra, através de uma comunicação sincera, calma e firme, proporcionando um ambiente tranquilo e seguro, bem como à presença de uma pessoa significativa,

convidando o cliente a desenvolver atividades e tarefas que sejam compatíveis com a sua condição clínica (Orientação Nº 021/2011).

Tendo em conta o dever ético de cuidar de todos os clientes com dignidade, a *praxis* clínica da enfermagem procura soluções baseadas na evidência científica para estes problemas e desafios na saúde mental, bem como a responsabilidade legal associada à falha na avaliação e gestão do risco da manifestação de comportamentos agressivos durante o período de internamento. Por isso, torna-se essencial o desenvolvimento de boas práticas e de evidência centrada nas técnicas de de-escalação para orientar a tomada de decisão clínica e política acerca dos procedimentos a realizar perante clientes que apresentem comportamentos agressivos (Gaynes et al., 2017).

Considera-se que as informações existentes para os profissionais de saúde fornecem orientações pouco específicas sobre como prevenir e de-escalar os comportamentos agressivos num serviço de saúde. Torna-se pois essencial a avaliação do risco associada às técnicas de de-escalação para prevenir os comportamentos agressivos e reduzir a aplicação de medidas de contenção (Gaynes et al., 2017).

Para intervir preventivamente devem ser tidas em conta estratégias que podem ser aplicadas a qualquer indivíduo, seja ele agressivo ou não, ou estratégias que possam ser aplicadas a pessoas que apresentem tal risco (Gaynes et al., 2017).

Nesta perspetiva, o enfermeiro deve estar atento à postura, discurso, atividade motora e histórico/antecedentes de agressividade do cliente (Mason & Chandley, 1999). Deve também conhecer o cliente por forma a entender o seu comportamento particular, bem como as interações que ocorrem no ambiente em que está inserido. Independentemente da atividade que o enfermeiro possa estar a realizar, este deve manter-se atento e observar as alterações implícitas que surgem no comportamento individual e do grupo (Ferreira & Florido, 2011).

Tendo por base a importância das intervenções preventivas, torna-se relevante ter em conta os sinais e sintomas preditores do comportamento agressivo, descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Sinais e Sintomas que predizem o comportamento agressivo

Expressão facial / Postura Corporal	Agitação Motora	Verbalizações	Afeto	Nível de Consciência
<ul style="list-style-type: none"> - Expressões faciais tensas/ameaçadoras; - Cerrar as mandíbulas; - Contacto visual evitativo ou constante (fixando o interlocutor); - Postura tensa e inclinada para a frente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Andar em círculos; - Incapacidade de ficar sentado quieto; - Espaço pessoal que invade o alheio; - Gestos ameaçadores, expansivos e bruscos; - Comportamento mal adaptativo, incongruente e arrogante; - Cerrar ou golpear com os punhos; - Respiração mais rápida; - Cessação súbita da atividade motora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaças verbais dirigidas a objetos reais ou imaginários; - Exigências intrusivas de atenção; - Aumento da pressão do discurso; - Discurso hiperfónico e reivindicativo; - Conteúdo verbal exagerado e depreciativo dos outros; - Coprolalia; - Falta de <i>insight</i>; - Evidências de conteúdo de pensamento delirante ou paranoide. 	<ul style="list-style-type: none"> - Raiva; - Hostilidade; - Extrema ansiedade; - Irritabilidade; - Euforia inapropriada ou excessiva; - Instabilidade do afeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusão; - Alteração súbita no estado mental; - Desorientação; - Alterações da memória; - Incapacidade de ser redirecionado.

Adaptado de: Mason & Chandley, (1999); Stuart & Laraia (2001, p. 657).

A vigilância e a capacidade de resposta por parte da equipa de enfermagem aos sinais e sintomas menos evidentes também são essenciais, pois quanto mais cedo forem detetadas as alterações dos clientes, mais rápida será a resposta e a possibilidade de sucesso da de-escalação (Lavelle et al., 2016). Conclui-se assim que a avaliação do risco e o reconhecimento dos fatores precipitantes da agressividade se

torna essencial e pode influenciar a utilização precoce de técnicas de de-escalação (Lavelle et al., 2016; Gaynes et al., 2017).

A técnica de de-escalação é implementada para interromper a progressão do ciclo da agressividade. Esta é direcionada para um cliente que apresente agitação, comunicando calmamente com ele, tentando compreender, gerir e resolver os seus problemas. Estas ações devem ajudar a reduzir a sua agitação e prevenir o comportamento agressivo (Richter & Whittington, 2006; Mavandadi et al., 2016).

Hallet & Dickens (2017) definem de-escalação como um termo que compreende uma série de componentes interligados, inerentes aos profissionais de saúde, incluindo a comunicação, autorregulação, capacidade de avaliação, atos e manutenção da segurança, que visam reduzir ou extinguir a agressão do cliente, independentemente da sua causa. A melhoria das relações cliente-equipa vão eliminar ou minimizar as intervenções restritivas. Esta estratégia deve anteceder situações de infração de regras, agitação psicomotora ou o comportamento agressivo do cliente, seja este dirigido ao próprio ou a terceiros (Gaynes et al., 2017; Hallet & Dickens, 2017). Quanto mais cedo for implementada a de-escalação, na sequência do conflito, menores serão as consequências (Lavelle et al., 2016).

Para Santos & Cutcliffe (2018) esta técnica deve ser utilizada como primeira resposta, prevenindo e gerindo estes comportamentos da forma mais humana e digna possível, evitando abordagens coercivas. Os mesmos autores (2018) defendem que a de-escalação é utilizada há muitos anos com o objetivo de lidar com a agressão e violência, adotando mecanismos de *defusing* e *talk down* (acalmar e demover), negociação e resolução de conflitos.

Price, Baker, Bee & Lovell (2018a) investigaram, junto de 20 profissionais de saúde, quais os métodos que estes utilizam na redução da escalada da agressividade, agrupando-os em três classes: técnicas de suporte e de controlo “não-físico” (técnicas de de-escalação) e restritivas (medidas de contenção).

As “técnicas de suporte” descritas foram: a) identificação e clarificação do problema (identificar o *stressor* que despoleta a agressividade); b) *reframing* (perspetivar os acontecimentos de uma forma mais positiva, identificando os fatores causais, pessoas envolvidas e analisando a reação do cliente em causa, acrescentando que poderia ter agido de formas diferentes); c) resolução (satisfação das necessidades naquele momento, fornecer informação, sugerir estratégias de

coping); d) distração (descentrar a atenção do cliente dos estímulos agravantes ao falar de tópicos do seu interesse com o intuito de estimular emoções mais positivas); e) *reassurance* (utilizar frases chave no sentido de remover dúvidas ou medos, promovendo sentimentos de segurança e sugerir procurar os profissionais de saúde em situações futuras semelhantes); f) intervenção passiva (facilitar o autocontrolo, promovendo um local seguro e isolado para o cliente poder descarregar a sua raiva e frustração) (Price et al., 2018a).

As “técnicas de controlo não-físico” são consideradas: a) instrução (aconselhar formas de lidar com os *stressores* num local com estímulos reduzidos); b) desencorajamento (reforço negativo de que agir agressivamente não é correto e esclarecer que daí podem ocorrer respostas menos positivas como a aplicação de medidas restritivas, envolvimento dos agentes da autoridade, barreiras no processo de convalescença e até mesmo o próprio afastamento relacional da equipa multidisciplinar); c) reprovação (reprimenda clara e firme sobre o comportamento inadequado do cliente, estabelecimento de limites e regras, bem como do tipo de comportamentos aceites); d) gestão ambiental (remover estímulos adversos como clientes não envolvidos, profissionais desnecessários, objetos perigosos, limitar os ruídos, promovendo um nível de suporte adequado com o objetivo de reduzir o contágio da agressividade e maximizar a segurança do serviço) (Price et al., 2018a).

Já as “técnicas restritivas ou de controlo físico” são: a contenção física/mecânica; a contenção ambiental/isolamento; a administração de medicação em SOS (Price et al., 2018a).

Uma intervenção inadequada ou tardia pode levar à necessidade de o profissional utilizar medidas de contenção para gerir o comportamento agressivo ou violência do cliente (Mavandadi et al., 2016).

Também está descrito que quanto mais autoritárias forem as intervenções de controlo “não-físico”, maior será a probabilidade de aumentar a escalada da agressividade e da aplicação de medidas de contenção no contexto de doentes agudos (Price et al., 2018a).

A de-escalação tem sido quase exclusivamente estudada no contexto da prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de saúde mental e é considerada a primeira linha de atuação perante uma situação potencialmente agressiva, através

da construção de uma relação de base empática, de respeito e de confiança com o cliente, evitando o confronto (Sha et al., 2016; Kuivalainen et al., 2017).

Para Santos & Cutcliffe (2018), ser competente na de-escalação requer mais do que uma compreensão baseada nas fontes teóricas, sendo fulcral uma comunicação com sentimentos reais e genuínos que demonstrem interesse e compreensão para com o indivíduo.

Esta técnica baseia-se numa abordagem que, quando genuína, traz diversos benefícios e inicia-se por: abordar o cliente verbalmente; de seguida, estabelecer uma relação de colaboração; por fim, de-escalar o cliente do seu estado de agitação (Richmond et al., 2012). Compreende um conjunto de capacidades, conhecimentos e características pessoais específicas e deve reger-se através de cinco temas: comunicação (verbal e não-verbal), autocontrolo/regulação, avaliação do risco, ações utilizadas na de-escalação e manutenção da segurança dos profissionais e do ambiente de trabalho (Hallet & Dickens, 2017).

A sua finalidade é “acalmar o cliente”, tendo em conta que, atualmente a expressão evoluiu para “ajudar o cliente a acalmar-se a si próprio”. Deve garantir a sua segurança, a da equipa multidisciplinar e restantes pessoas presentes no ambiente em questão; ajudar o cliente a gerir as suas emoções e stresse, mantendo ou recuperando o controlo do seu comportamento; evitar aplicar medidas de contenção sempre que possível; evitar medidas coercivas que possam provocar a escalada da agressividade (Richmond et al., 2012). Para além do descrito, o enfermeiro ambiciona que o cliente consiga ter capacidades para desenvolver o seu foco de controlo interno e tenha *empowerment* para realizar a de-escalação por vontade própria, em vez de ser forçado (Richmond et al., 2012; Price & Baker, 2012).

Quando aplicadas devem, por vezes, ser associadas à administração de medicação prescrita em SOS, potenciando assim a sua finalidade (Lavelle et al., 2016; Gaynes et al., 2017; Kuivalainen et al., 2017).

Para além destas estratégias, comunicar com os clientes é algo que está intrínseco à *praxis* de enfermagem, pois eventos que são classificados como de-escalação, por vezes, não são considerados incidentes significativos pela equipa, acabando por ser omitidos das notas de enfermagem (Lavelle et al., 2016).

Contudo, hoje em dia existem várias fontes que não especificam que técnicas e elementos são necessários para uma de-escalação efetiva, mas todas elas defendem

que esta deve envolver suporte e ajuda nos problemas ou preocupações do cliente, num ambiente calmo, seguro e empático (Mavandadi et al., 2016). Os mesmos autores (2016) defendem que a de-escalação deve ser regida por sete princípios:

- dar valor ao cliente (reconhecimento genuíno de que as preocupações do cliente são válidas, importantes e que podem ser abordadas de forma significativa);
- reduzir o medo do cliente (escutar ativamente o cliente e demonstrar empatia genuína ao sugerir que a situação em questão tem um potencial de mudança positiva futura);
- averiguar a ansiedade do cliente (consegue comunicar com completa compreensão das preocupações dos clientes e trabalhar para descobrir a raiz do problema);
- promover orientação do cliente (sugerir múltiplas formas de ajudar o cliente com as suas preocupações atuais e recomendar medidas preventivas);
- elaborar possíveis acordos (assumir responsabilidade pelo cuidado do cliente e concluir a interação com uma solução de curto prazo acordada, bem como com um plano de ação a longo prazo estipulado);
- permanecer calmo (manter um tom de voz calmo e manter um ritmo constante, independentemente das respostas do cliente);
- não se comportar de um modo arriscado (manter uma distância moderada do cliente para garantir segurança, mas não demonstrar medo ou cautela excessiva).

Nos momentos de interação, o enfermeiro deve aparentar estar calmo, mas ao mesmo tempo autoconsciente quando confrontado com comportamentos agressivos, identificando intuitivamente intervenções criativas e flexíveis que permitam uma redução da agressividade. O reforço positivo deve também ser aplicado, elogiando os comportamentos não violentos/agressivos (Price & Baker, 2012).

O cliente deve ser questionado acerca do problema em questão, do que pode ser realizado para o resolver e do que normalmente costuma ser feito para se sentir mais calmo (Johnson & Delaney 2007; Price & Baker, 2012). Deve ser utilizada a escuta ativa com o intuito de encontrar uma forma de responder que valida o seu ponto de vista, e de seguida sugerir o que gostaria que o cliente fizesse (Richmond et al., 2012).

Segundo Baby et al. (2018), tendo em conta a natureza mútua do processo de comunicação, deve ser dada uma maior relevância à opinião e participação dos clientes, mais do que tem sido até hoje.

Ao melhorar as suas capacidades comunicacionais, os enfermeiros propiciam uma redução das agressões na equipa de enfermagem. As técnicas de de-escalação são decisivas e não devem ser consideradas isoladamente, devendo ser utilizadas em consonância com cuidados de saúde seguros, ambientes estruturados e profissionais de saúde com níveis de competência avançados e diversos, bem como interações clientes-enfermeiros positivas (Price & Baker, 2012). Para além do descrito, existem outras medidas que permitem a segurança no serviço de psiquiatria: redução dos estímulos externos; monitorizar e moderar o ruído do ambiente; estar presente no ambiente para identificar as fontes de agitação dos clientes, intervindo precocemente; afastar o cliente de possíveis conflitos ao oferecer atividades significativas como alternativa; ajudar a colmatar as necessidades dos clientes; ser consistente nas intervenções utilizadas (Delaney & Johnson, 2006; Johnson & Delaney, 2007; Price & Baker, 2012; Kuivalainen et al., 2017).

Ainda no que diz respeito aos fatores ambientais, estes podem afetar tanto o sucesso como o fracasso das técnicas de de-escalação. Nas questões da privacidade e dignidade dos clientes, bem como nos episódios em que as medidas de gestão dos comportamentos agressivos são aplicadas e consideradas “marcantes/agressivos” para os clientes e profissionais presentes, cria-se instabilidade/agitação no serviço. A propagação da agressividade para os restantes clientes é algo que pode ser preocupante, tornando-se fulcral encaminhar o cliente com risco de manifestar comportamentos agressivos para um quarto ou outro local adequado e isolado dos restantes clientes (Kuivalainen et al., 2017; Price et al., 2018a).

Com base na avaliação do cliente e a experiência clínica do enfermeiro, este último pode estar desperto para o momento certo de intervir, definir limites e aplicar restrições (Price & Baker, 2012). Vários autores defendem que o facto de conhecer o cliente previamente é um fator decisivo, pois permite interpretar com precisão o significado e o perigo da escalada da agressividade, bem como o individualizar da de-escalação às necessidades de cada cliente (Price et al., 2018a).

Como fatores determinantes da eficácia das técnicas de de-escalação foram identificadas particularidades da equipa multidisciplinar, do cliente e do próprio ambiente/serviço de saúde (Price et al., 2018a).

Price & Baker (2012) defendem que a capacidade de os enfermeiros utilizarem as técnicas de de-escalação de modo eficaz também depende das qualidades inatas de cada enfermeiro, como a sua personalidade e inteligência emocional. Nau, Dassen, Needham & Halfens (2011) referem que, apesar de ser necessária, a autoconfiança não é um preditor confiável do desempenho do enfermeiro, pois em demasia, pode ser um precursor de uma subestimação da situação, podendo levar à falha. A baixa autoconfiança pode ativar o uso sensível de todas as habilidades pessoais disponíveis para lidar com a situação e, portanto, ser a causa do sucesso.

Também Price, Baker, Bee & Lovell (2015) defendem que a confiança pode ser “inimiga” da de-escalação, ou seja, a autoconfiança excessiva pode ser percebida pelo cliente como uma ameaça, tornando-se assim contraproducente e, por vezes, potenciadora da agressividade. Esta deve ser aliada ou substituída pela autoconsciência e pela capacidade de estabelecer uma relação com o cliente. Por vezes, os enfermeiros têm receio e/ou falta de confiança para utilizar este tipo de intervenções em situações de risco iminente, algo que também pode influenciar este processo (Lavelle et al., 2016).

O cliente deve ser guiado pelo profissional sem que pareça comandado ou em contexto de discussão, evitando ameaças e sanções por parte dos profissionais, bem como de ultimatoss ou “lutas pelo poder” (Price & Baker, 2012). Torna-se fulcral que o enfermeiro consiga ter capacidades para encontrar um equilíbrio entre a tolerância e o controlo, sendo considerado um aspeto central da de-escalação. Esta capacidade é chamada “flexibilidade”, sendo o enfermeiro capaz de parecer permissivo, mas ao mesmo tempo permanecer no controlo, preparado tanto para agir, como esperar para agir (Price & Baker, 2012).

É importante não esquecer que os enfermeiros que prestam cuidados de saúde mental em contexto de agudos devem ser multifacetados, realizando várias tarefas simultaneamente e, conseguir momentaneamente, alterar as prioridades dos seus clientes perante manifestação de comportamentos agressivos (Richmond et al., 2012).

Por vezes, alguns clientes, ao tentarem “camuflar” as suas próprias vulnerabilidades, são capazes de detetar as do profissional de saúde, focando nelas

a sua ação. É de extrema importância que o profissional consiga reconhecer e controlar situações de contratransferências, bem como as suas próprias reações ou respostas negativas. O profissional deve ter tomada de consciência de si mesmo durante a prestação de cuidados e possuir um elevado grau de autoconhecimento, percebendo as suas próprias vulnerabilidades, tendências para se tornar defensivo, discutir ou reagir às provocações dos clientes. Este tipo de comportamentos apenas vai agravar a situação, sendo necessário que, por vezes, os profissionais consigam reconhecer que necessitam de ajuda adicional, pois lidar com clientes desafiantes e provocadores torna-se complexo e árduo (Richmond et al., 2012).

Baby et al. (2018) defendem que a agressividade é um problema grave que prejudica a qualidade dos cuidados de saúde prestados e condiciona negativamente a atitude dos profissionais de saúde. Seguindo a mesma linha de pensamento, Jalil, Huber, Sixsmith & Dickens (2017) estudaram a relação entre a exposição dos enfermeiros de saúde mental aos comportamentos agressivos, as suas emoções e métodos de gestão destes comportamentos. Investigaram junto de 68 enfermeiros que desempenhavam funções em três hospitais psiquiátricos distintos em Inglaterra. Concluíram que muitos enfermeiros apresentam sentimentos negativos, como a raiva, quando são alvo de insultos pessoais como “chamar nomes”, atitudes provocatórias e humilhantes por parte dos clientes. Estes sentimentos foram fortemente associados à aplicação de medidas de contenção. No entanto, ao utilizarem a contenção como primeira resposta ou forma de punição, os enfermeiros condicionam a qualidade dos cuidados prestados e põem em causa a sua atividade, algo que deve ser refletido (Jalil et al., 2017).

Importante salientar que, pela frequência de episódios de agressividade, os enfermeiros necessitam de ter suporte para lidar com o seu próprio stresse, raiva e outros sentimentos negativos, no sentido de moldar a sua ação da forma mais adequada (Santos & Cutcliffe, 2018).

Torna-se relevante referir que existe orientação insuficiente e pouco clara no que concerne à utilização da técnica de de-escalação, manuais de boas-práticas e/ou *guidelines* baseadas na evidência científica sobre como esta técnica deve ser ensinada e utilizada (Hallet & Dickens, 2017).

Cowman et al. (2017) investigaram 17 países Europeus, dentre eles Portugal, verificando que estes careciam de normas e/ou treino/formação na área da prevenção

e gestão dos comportamentos agressivos. Dos 2809 profissionais de saúde que participaram neste estudo, 54% trabalhavam em serviços de agudos de psiquiatria, 1598 eram enfermeiros, 19,5% referiram nunca ter recebido formação nesta área, 9,1% não recebiam formação há mais de 5 anos e 30% tinham recebido no último ano. Já os profissionais portugueses, dos 73 participantes, 44% referiram nunca ter recebido formação nesta área, algo que parece preocupante. Os participantes do estudo identificaram como foco principal da formação e investigação a prevenção da agressividade e violência, a avaliação do risco, a etiologia e fatores despoletantes da agressividade e violência (Cowman et al., 2017).

Sabemos que a de-escalação não é instintiva, mas sim uma capacidade que pode ser adquirida e que requer ensino e prática (Lavelle et al., 2016). Para que a de-escalação possa ser implementada, a equipa multidisciplinar deve receber formação e treino específicos na predição, prevenção e gestão do comportamento agressivo, proporcionando resultados benéficos tanto para os profissionais de saúde como para os clientes (Nau, Halfens, Needham & Dassen, 2010; Richards & Schub, 2017).

Qualquer profissional de saúde que preste cuidados no âmbito da saúde mental deve receber formação e treino de técnicas interpessoais de de-escalação, medidas de contenção seguras e até mesmo de defesa-pessoal (Stubbs & Dickens, 2008).

Por isso, torna-se relevante para a formação estudar e compreender o ciclo da agressividade, avaliar os cenários graduais da escalada da agressividade com cautela/precaução, bem como selecionar uma estratégia apropriada à fase da escalada em que o cliente se encontra (Hallet & Dickens, 2017).

As técnicas comunicacionais devem ser treinadas e adaptadas às necessidades específicas do serviço de saúde, do seu contexto, das necessidades da equipa e da população alvo (Baby et al., 2018).

Podem ser aprendidas através da evidência científica e do *role playing*, ser praticadas no dia-a-dia com clientes sem agitação psicomotora, desafiantes no contacto, no que diz respeito à forma de agir opostamente à esperada pela equipa (Richmond et al., 2012). Para tornar a intervenção mais eficaz, o profissional pode aprender e praticar diretamente com profissionais/colegas experientes e/ou através da modificação das suas próprias atitudes perante os clientes, da interpretação da natureza dos seus problemas mentais e da atribuição das causas dos comportamentos agressivos (Price et al., 2015).

A formação e treino aos profissionais de saúde sobre como lidar com este tipo de comportamentos devem ser baseados em três áreas de competência: cognitiva (conhecimento, autoconsciência e autocontrolo/regulação), afetiva (motivação, autoeficácia) e desenvolvimento da prática baseada na evidência (transferindo os conhecimentos adquiridos para a prática) (Price et al., 2015).

Halm (2017) refere que os benefícios da formação e treino dos profissionais passam por uma melhoria nos seus conhecimentos, nas suas competências e confiança no que diz respeito à gestão dos comportamentos agressivos, bem como um aumento das notificações e consequente redução na incidência e gravidade deste tipo de comportamentos nos locais de trabalho.

Para Heckemann et al., (2015), as mudanças nos serviços de agudos de psiquiatria devem passar por modificações nos vários níveis hierárquicos, acabando todos por pertencer a uma estratégia de atuação global, no sentido de prevenir ou diminuir a agressividade por parte dos clientes e/ou suas visitas. Segundo os mesmos (2015) autores, para tal abordagem organizacional acontecer, devem existir orientações e políticas de saúde sobre segurança nos serviços, formação e treino da equipa, alterações dos seus valores, aspirações e comportamentos que condicionem este tipo de abordagem preventiva.

As chefias dos serviços devem garantir que as equipas multidisciplinares tenham e/ou recebam formação e, se possível, em conjunto, podendo treinar e aperfeiçoar as técnicas em equipa, maximizando os benefícios desta abordagem (Price et al., 2015).

Ainda no âmbito da prevenção, considero indispensável referir a importância da psicoeducação. Esta tem um peso fundamental no processo de prevenção destes comportamentos, na medida em que mune o cliente com informações sobre o seu problema de saúde e com estratégias para fazer frente às suas particularidades, conseguindo diferenciar características pessoais das características da doença.

Esta intervenção pode ser aplicada tanto em contexto clínico de internamento ou comunitário, entre outros, privilegiando as intervenções dos enfermeiros, uma vez que estes interagem com os clientes e suas famílias nos diferentes estádios da doença mental (Lemes & Neto, 2017). Os mesmos autores (2017) defendem que a mesma relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com a finalidade de consciencializar e capacitar o cliente e sua família com conhecimentos acerca da sua

patologia, os seus sintomas, os sinais de alerta e as características do plano terapêutico.

A psicoeducação é uma técnica cognitiva que pode ser aplicada em diferentes tipos de doenças, englobando tanto as psicológicas quanto as físicas (Lemes & Neto, 2017). Esta deve integrar o tratamento da pessoa e consiste em apoiar e dotar a pessoa de informações clinicamente relevantes acerca da sua situação clínica, incluindo estratégias de *coping* mais ajustadas e gestão de sintomas (Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy, 2014). Através deste tipo de intervenção é possível que o enfermeiro consiga ensinar e ajudar a pessoa a lidar com a doença mental, propiciando consciencialização e autonomia através de mudanças comportamentais, sociais e emocionais (Lemes & Neto, 2017).

Neste ponto de vista, para a OE (2011b), a psicoeducação:

“É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer outra pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. (...) Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença” (OE, 2011a).

Já para Gonçalves-Pereira et al. (2006, p.2) a psicoeducação é:

um conjunto de abordagens orientadas por dois vetores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado.

Esta abordagem trabalha o desenvolvimento emocional, social e comportamental do cliente, tornando-se o enfermeiro num agente de mudança. Foca a sua ação nos *stressores* do cliente, propicia um progresso das capacidades que este apresenta ou que adquire, tendo como base a evidência científica (Lemes & Neto, 2017).

Para além do descrito, quando o cliente e/ou família não conseguem lidar com os seus *stressores*, esta abordagem permite fornecer informações acerca de instituições e profissionais a quem podem recorrer no seu dia-a-dia. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade e utilizar uma comunicação terapêutica com o intuito de promover processos adaptativos e de mudança comportamental.

Após descritas as medidas de predição e prevenção do comportamento agressivo, torna-se relevante explorar técnicas de gestão do mesmo, ou seja, as medidas de contenção. Entre elas as contenções física e mecânica, que podem causar danos

físicos e psicológicos ao cliente e ao profissional de saúde, prejudicando a relação terapêutica. Devem, sempre que possível, ser evitadas, ou aplicadas com cautela, utilizando as devidas medidas de precaução e vigilância. Isto porque são preocupantes as possíveis consequências da utilização de medidas de contenção física na gestão de comportamentos agressivos, pois podem resultar na morte dos clientes devido à exposição prolongada e consequente asfixia posicional, sintomas de stress pós-traumático, entre outros (Paterson et al., 2003; Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002).

Como referido anteriormente, as estratégias de enfermagem devem preferencialmente prevenir os comportamentos agressivos e, quando já instalados, o objetivo será reduzir, inibir ou gerir os mesmos (Gaynes et al., 2017). Quando presente, a agressividade deve ser gerida através da presença e acompanhamento pelo profissional de saúde, utilizando técnicas comunicacionais, gestão ambiental e a contenção terapêutica (Orientação Nº 021/2011).

Segundo a Orientação Nº 021/2011 da DGS, existem 5 tipos de contenção que permitem a gestão do comportamento agressivo:

- contenção terapêutica - medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de um cliente. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do cliente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade;
- contenção ambiental - recurso a alterações que controlam a mobilidade do cliente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o cliente pode deambular em segurança, com supervisão clínica;
- contenção física - situação em que um ou mais elementos da equipa terapêutica seguram um cliente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco;
- contenção mecânica - utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do cliente;
- contenção química ou farmacológica - medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial.

Os clientes apenas devem ser elegíveis para a aplicação destas medidas quando: “manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de

sofrer danos; recusem tratamento compulsivo, nos termos legais; recusem tratamento vital, urgente” (Orientação Nº 021/2011, p.1).

A Contenção Física é definida pela DGS como “restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou outros” (Circular Normativa Nº8/DSPSM/DSPCS, 2007, p. 2). É utilizada pelos profissionais de saúde, com primígeno fito de maximizar a segurança do cliente com doença mental, nomeadamente com perturbação cognitiva, risco de queda, comportamento disruptivo e para facilitar o tratamento, visando a manutenção da integridade física do próprio (Circular Normativa Nº8/DSPSM/DSPCS, 2007).

Também foram estabelecidos parâmetros na utilização da contenção mecânica, com obrigatoriedade de avaliação frequente pela equipa terapêutica, até que a contenção farmacológica seja eficaz. Esta avaliação é repetida com uma periodicidade máxima de duas horas (Circular Normativa Nº8/DSPSM/DSPCS, 2007).

A utilização das medidas de contenção mecânica, por sua vez, se aplicadas incorretamente, podem causar graves danos para o cliente. A DGS refere as falhas mais comuns na aplicação de medidas de contenção: seleção do cliente (em alguns casos esta pode causar agravamento da agitação); abuso na utilização (a sua aplicação deve ter em conta o princípio da não maleficência/beneficência, por isso a sua aplicabilidade deverá ser utilizada como último recurso e nunca encarada como fator punitivo); acompanhamento inadequado (não pode ser aplicada abusivamente de forma a reduzir a permanente vigilância do cliente, uma vez que pode acarretar consequências nefastas para este); tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção (a escolha inadequada do dispositivo utilizado, como por exemplo tipologia e/ou tamanho do mesmo, pode possibilitar a ocorrência de danos para o cliente) (Orientação Nº 021/2011).

A DGS (Orientação Nº 021/2011, p.14), neste sentido, remete-nos ainda para o conceito de segurança do cliente, referindo que a mesma deverá consistir na “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.”

A utilização de medidas de contenção física, quando aplicadas de forma assertiva, visam maximizar a segurança do cliente, a fim de ultrapassar a situação de crise com o mínimo de prejuízo possível, pelo que a escolha destas abordagens deve ter

subjacente os impactos físicos e psicológicos negativos e traumatizantes. Para tal, existem critérios delineadores de uma boa intervenção de enfermagem. Estes critérios, de acordo com a DGS, incluem: esgotar as medidas preventivas; esclarecer o cliente do que vai ser feito e porquê; ajustar a medida de contenção à situação do cliente; cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção; vigiar o cliente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar; reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa; retirar a medida de contenção assim que possível; registar os procedimentos no processo clínico (Orientação Nº 021/2011).

Importa realçar que, se existir uma melhoria das relações interpessoais entre o enfermeiro-cliente e das intervenções de de-escalação, com conseqüente diminuição das intervenções de contenção, haverá uma diminuição dos episódios de agressividade e violência (Dickens et al., 2013). Berring, Pedersen, & Buus (2016) defendem que ao imaginar a perspetiva dos clientes e as suas experiências passadas, criando empatia, o profissional de saúde evita possíveis discussões e consegue interagir de forma a que os clientes considerem útil essa atitude. Os profissionais devem estar munidos de estratégias de *coping*, como por exemplo as abordagens não coercivas, permitindo tanto para o cliente, como para os profissionais, refletirem sobre os motivos que os levaram ao momento em questão e promoverem uma resolução de problemas adequada através da interação (Berring et al., 2016).

Quando bem-sucedidas, as técnicas de de-escalação podem prevenir medidas de gestão restritivas, medicamentosas e vigilância associada às mesmas; desenvolver o autocontrolo do cliente, reduzir a sua raiva e frustração, a escalada da agressividade e promover a segurança no local de trabalho; melhorar a relação enfermeiro-cliente e promover uma esperança de que a situação atual tem possibilidade de melhorar (Hallet & Dickens, 2017; Kuivalainen et al., 2017).

A de-escalação é facilmente implementada com a existência de uma relação de respeito entre cliente-enfermeiro em instituições com políticas que defendam os seus direitos e suprimam os “costumes antigos” associados ao abuso de práticas restritivas e de desrespeito pelos clientes com doença mental (Price et al., 2018b). Estes autores (2018) entrevistaram 26 clientes, pertencentes a 7 serviços de psiquiatria no norte de Inglaterra e verificaram que, durante a escalada da agressividade, os enfermeiros utilizam tendencialmente as medidas de contenção como resposta e não as medidas

de-escalação, algo que necessita de ser modificado para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para que a de-escalação seja implementada com sucesso e surta efeito, deve existir um aumento da responsabilização e consequente avaliação do uso incorreto das práticas de enfermagem restritivas, respeito pelos clientes, reduzindo assim a distância social entre os clientes e os profissionais de saúde (Price et al., 2018b).

A ansiedade vivenciada pelos profissionais também é descrita por vários autores e foi identificada como fator propiciador da utilização de medidas de contenção em vez de técnicas de de-escalação. O facto de os profissionais mais jovens demonstrarem tendência para a aplicação de intervenções que exercem mais controlo sobre os clientes é um indício de que o risco de serem alvo de comportamentos agressivos afeta a capacidade de autocontrolo dos profissionais, existindo uma necessidade de investimento nas técnicas de suporte (Price et al., 2018a).

Para que o enfermeiro consiga antecipar e prevenir o comportamento agressivo deve desenvolver um plano de cuidados, utilizando instrumentos de avaliação para permitir uma apreciação rigorosa.

Dentre eles destaca-se a Escala BVC - *Brøset Violence Checklist* – desenvolvida em 2013 por Almvik & Woods, com o intuito de avaliar o risco de violência nos serviços de saúde mental e psiquiatria, nas primeiras 24h de internamento (Marques, Bessa, Santos, Carvalho, & Neves 2015). Esta escala foi validada para a população portuguesa por Marques et al. (2015), sendo que os seus benefícios passam pela possibilidade de os enfermeiros poderem avaliar o risco de agressividade/violência a curto prazo e prevenir este tipo de comportamentos atempadamente.

A Escala BVC (Anexo I) é uma escala tipo dicotómica, com 6 itens/tipos de preditores do comportamento agressivo: a confusão, irritabilidade, revolta, ameaça verbal, ameaça de agressões físicas e agressões contra objetos.

Como instruções, Marques et al. (2015) descrevem que deve ser aplicada nas primeiras 48h após admissão, nas primeiras 2h de cada turno, preenchendo o questionário quando os comportamentos estão presentes ou ausentes. À ausência de comportamento é atribuído um *score* 0. Se o comportamento está presente é atribuído um *score* 1. O *score* total máximo obtido é 6. Importante referir que, se um destes comportamentos é normal para um cliente conhecido, só a exacerbação desse comportamento tem um *score* 1, sendo que, quando mantido, obtém um *score* 0.

Relativamente à interpretação do resultado: *Score* = 0 (risco de violência pequeno); *Score* = 1-2 (risco de violência moderado), pelo que devem ser tomadas medidas preventivas; *Score* > 2 (risco de violência elevado), devem ser tomadas medidas preventivas e desenvolvido um plano de controlo de potencial violência (Almvik, 2008).

No sentido de aperfeiçoar a intervenção do enfermeiro, destaca-se a *English modified De-Escalating Aggressive Behaviour Scale* (EMDABS) de Mavandadi et al. (2016), com os objetivos de avaliar a instrução dos enfermeiros e melhorar as técnicas de de-escalação para reduzir o comportamento agressivo dos clientes.

Os Investigadores Mavandadi et al. (2016) analisaram 19 artigos científicos com o intuito de aprofundarem a temática da de-escalação e, posteriormente, realizarem a validação psicométrica para a população inglesa da escala alemã DABS (*De-Escalating Aggressive Behaviour Scale*) dos autores Nau et al. (2009). Este trabalho culminou na escala EMDABS (Anexo II).

Esta escala tem como base os sete itens para a de-escalação descritos anteriormente: “*valuing the cliente; reducing fear; inquiring about client’s queries and anxiety; providing guidance to the cliente; working out possible agreements; remaining calm; risky*”. É uma escala tipo *Likert* com 5 hipóteses de resposta (“1. Strongly disagree; 2. Disagree; 3. Neither/nor; 4. Agree; 5. Strongly agree”).

No capítulo seguinte será descrita a aplicabilidade das escalas referidas, bem como as intervenções de enfermagem realizadas ao longo do estágio.

2. PRÁTICA CLÍNICA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo são descritas todas as atividades planeadas e realizadas em cada local de estágio, bem como as competências específicas do EESMP mobilizadas (OE, 2010b).

No decorrer do Estágio tive por base o desenvolvimento pessoal e profissional, os valores éticos e sociais associados à prestação de cuidados à pessoa e família. Tive oportunidade de implementar as intervenções planeadas, avaliando a sua pertinência, se houve possibilidade de realizá-las e se foram eficazes e/ou benéficas para o cliente, desenvolvendo uma prática reflexiva.

O meu projeto de estágio ocorreu em dois contextos distintos pertencentes à Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo / região da Grande Lisboa:

- Equipa Comunitária de uma Unidade de Psiquiatria da Grande Lisboa, de 25 de setembro a 24 de novembro de 2017;
- Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital da Grande Lisboa, de 27 de novembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018.

Pelo facto de já prestar cuidados de enfermagem de saúde mental num contexto de doença aguda, fez sentido começar pela comunidade, podendo cimentar aprendizagens sobre a prevenção do comportamento agressivo, conhecer uma nova realidade, a sua abrangência em cuidados de enfermagem, a sua importância e manutenção.

De seguida, prossegui para o contexto de serviço de urgência de psiquiatria, onde foi necessário aprofundar as minhas capacidades de intervenção em clientes com comportamento agressivo, sendo fulcral predizer e prevenir o comportamento agressivo, utilizando a gestão comportamental como último recurso.

Regendo-me pelo Modelo de Sistemas da Betty Neuman, a pessoa é considerada um ser multidimensional e, nos meus contextos de Estágio, foi considerada a pessoa adulta com doença mental.

Tive, então, a responsabilidade de intervir nos stressores da pessoa com doença mental e na resposta que esta gerou, ou seja, nos fatores stressantes que poderiam ou que desencadeariam o comportamento agressivo na pessoa adulta. Após a sua identificação, em conjunto com a pessoa, foi possível trabalhá-los de forma a ajudá-la

a conseguir viver e lidar com os mesmos, identificando os recursos ao seu alcance para poder combatê-los, promovendo um equilíbrio do seu sistema.

Tendo por base Neuman & Fawcett (2011), foi preconizado ajudar o cliente a alcançar, manter ou reter a estabilidade do seu sistema, identificando as suas necessidades, estabelecendo diagnósticos e promovendo intervenções com a finalidade de reduzir ou eliminar/tratar os seus sintomas.

As intervenções que me propus desenvolver situam-se nos três níveis do Modelo de Sistemas da Betty Neuman, com o objetivo de: reduzir a possibilidade da ocorrência ou confronto com o *stressor*, ou diminuir a possibilidade da ocorrência de uma reação à mesma (prevenção primária); intervir ou tratar os sintomas resultantes do *stress*, utilizando os recursos internos e externos do cliente para fortalecer as suas linhas internas de defesa, reduzindo as suas reações e melhorando a resistência aos *stressores* (prevenção secundária); promover o regresso da pessoa ao equilíbrio do seu sistema, mantendo a homeostasia durante um período de tempo prolongado, prevenindo o reaparecimento da resposta ou regressão, redirecionando o processo no sentido da prevenção primária (prevenção terciária) (Neuman & Fawcett, 2011).

Importante salientar que a minha intervenção no contexto comunitário abrangeu os três níveis, enquanto que no contexto de SU foi maioritariamente de nível secundário.

2.1 Equipa Comunitária de Psiquiatria na área da Grande Lisboa

A Equipa Comunitária é composta por dois Psiquiatras, um Psicólogo, um Assistente Social e dois EESMP. A equipa de enfermagem tem como objetivos responder de forma eficiente às diferentes necessidades de cuidados de saúde mental da população a seu cargo; realizar consultas de enfermagem de psiquiatria para acompanhar os clientes utilizando o método “gestor de caso”; criar mecanismos de controlo de adesão à consulta e terapêutica dos clientes; desenvolver contactos com os cuidados de saúde primários; recuperar clientes com abandono indevido da consulta e respetiva terapêutica; estabelecer intervenções terapêuticas para com cliente e sua família/pessoas significativas; administrar a terapêutica dépot e a medicação per os dos clientes com risco de abandono da mesma (supervisão), bem como auxiliar na preparação da caixa da terapêutica dos clientes que apresentam dificuldades; planear e executar visitas domiciliárias sempre que necessário.

Para este contexto foram definidos os seguintes objetivos específicos do estágio:

- identificar os problemas e necessidades do cliente com antecedentes de comportamentos agressivos e sua família;
- identificar os recursos que o cliente com antecedentes de agressividade e sua família têm ao seu dispor;
- identificar sinais de alerta e comportamentos de risco de manifestação da agressividade;
- realizar intervenções de enfermagem de âmbito preventivo do comportamento agressivo;
- avaliar as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prevenção dos comportamentos agressivos;
- analisar a minha interação com o cliente, com comportamentos agressivos.

A minha prática clínica neste estágio iniciou-se pela observação e análise das práticas da equipa multidisciplinar e a forma como esta dava resposta às necessidades dos clientes.

Importante salientar que, desde o início, estabeleci uma relação de colaboração e parceria com a equipa, podendo cimentar a minha forma de agir num novo ambiente de trabalho, fora da minha “zona de conforto”.

Nas duas primeiras semanas tive oportunidade de assistir a várias consultas de enfermagem e visitas domiciliárias, bem como conhecer duas instituições que colaboram com esta equipa comunitária. Estas instituições tinham como funções a reabilitação psicossocial, reinserção social, treino de competências a variados níveis e possibilidade de participar em ateliers artísticos e atividades desportivas. Também nestas instituições tive possibilidade de conhecer o programa de intervenção precoce para o primeiro episódio psicótico.

Ao longo do estágio, acompanhei todos os clientes que estavam à responsabilidade da enfermeira orientadora, prestando cuidados nas consultas de enfermagem e nos domicílios dos clientes. As consultas realizadas ocorriam no período compreendido entre as 9h e 16h, de 2ª à 6ª feira, exceto à 4ª feira, dia de reunião no serviço de agudos de psiquiatria da respetiva área, onde eram discutidos todos os casos dos clientes internados e consequentes planos para alta.

Após a segunda semana de estágio, tive oportunidade de realizar as consultas de enfermagem em geral, estando a enfermeira orientadora presente e intervindo quando

necessário. Esta supervisão foi fundamental para ultrapassar as minhas dificuldades, as quais foram diminuindo à medida que a prática avançava.

Ao realizar as consultas foi possível efetuar uma apreciação global e avaliar as necessidades de vários clientes e respetivas famílias, através de uma descrição clara dos seus antecedentes e história familiar (OE, 2010b)¹.

Estabeleci diagnósticos de enfermagem e implementei os respetivos planos de cuidados associados, de acordo com os resultados esperados (OE, 2010b)².

Tive a oportunidade de utilizar o método “gestor de caso”, ou seja, foi possível interiorizar a metodologia de Gestão Integrada da Doença, definida como:

abordagem organizada dos cuidados de saúde, pro-activa e centrada no doente, com o envolvimento de todos os níveis de cuidados e todos os intervenientes, nomeadamente doentes, populações de risco, prestadores de diferentes sectores, grupos de interesse e decisores políticos, ao longo de todas as fases de evolução da doença (Escoval et al., 2010, p.109).

Para estes autores (2010), ao atuar segundo este modelo, o profissional de saúde estabelece uma relação de colaboração com o cliente, planeando conjuntamente os cuidados, procurando prevenir complicações e episódios agudos, regendo-se por *guidelines* específicas, avaliando metodologicamente os resultados obtidos e a qualidade de vida do cliente. Referem ainda que as intervenções, independentemente da patologia do cliente, passam por: produzir informação e conhecimento acerca deste; promover o seu *empowerment*, utilizando a educação para a saúde, a sua capacitação aliada à participação ativa, potenciando a sua capacidade de decisão e

¹ **Unidade de Competência - F.2.1.** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente. **Critérios de Avaliação: F.2.1.2.** Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos.

Unidade de Competência - F.2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **Critérios de Avaliação: F.2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. **F.2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

² **Unidade de Competência - F.3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. **Critérios de Avaliação: F.3.1.1.** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental. **F.3.1.2.** Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. **F.3.1.3.** Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados.

Unidade de Competência - F.3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Critérios de Avaliação: F.3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. **F.3.4.4.** Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.

responsabilidade no que diz respeito à gestão da sua doença e consequente qualidade de vida; conceber *guidelines* clínicas; planejar os cuidados; promover a vigilância do tratamento; articular as intervenções tendo em conta a sua continuidade, investigação, mensuração, monitorização e promoção da qualidade nos cuidados; ajustar os custos associados mediante os resultados esperados (Escoval et al., 2010).

Ao utilizar este método tive oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora nas suas funções de terapeuta de referência e de vigiar a medicação no centro de saúde e domicílios (OE, 2010b)³. Este acompanhamento ocorria semanal ou mensalmente, sendo ajustada a periodicidade das consultas consoante as necessidades de cada cliente. Neste acompanhamento fomentei a autonomia dos clientes, fornecendo estratégias para a adesão à terapêutica, tanto na preparação das caixas da medicação semanal, como na elucidação da importância da medicação para a estabilização da doença mental, realçando os seus benefícios, promovendo competências na gestão da sua própria doença, sendo importante na prevenção dos comportamentos agressivos destes clientes.

Para além do descrito, realizei vários ensinamentos relativos a estratégias de *coping* para lidar com sinais e sintomas de descompensação, algo que por vezes se tornava difícil devido à negação dos clientes no que diz respeito aos diagnósticos.

Quanto à psicoeducação, aliada aos ensinamentos para a saúde em entrevista, foi realizado e disponibilizado um folheto informativo sobre “Como prevenir o comportamento agressivo?”. Neste folheto são abordadas as características do comportamento agressivo e estratégias preventivas para o cliente e seus familiares lidarem com o mesmo (Apêndice I). A finalidade deste folheto era, aliado aos ensinamentos para a saúde em consulta, munir os clientes e suas famílias com estratégias preventivas do comportamento agressivo.

Nesta perspetiva, a psicoeducação tornou-se fundamental para minimizar o impacto da doença na funcionalidade do cliente, através do incremento das suas competências para fazer frente aos desafios e exigências clínicas, sociais e

³ **Unidade de Competência - F.3.5.** Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. **Crítérios de Avaliação: F.3.5.1.** Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias. **F.3.5.5.** Audita a toma de medicamentos no internamento, no domicílio ou no Centro de Saúde, sempre que tal se revele necessário, em especial nas situações de doença mental severa.

psicológicas da patologia. Esta abordagem requer uma mobilização de recursos e diferentes níveis de intervenção, fornecendo cuidados integrados de saúde de qualidade, no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento e manutenção da doença (Escoval et al., 2010).

Remetendo-nos para os benefícios económicos deste tipo de abordagem, a mesma permite uma redução das admissões hospitalares não planeadas, quer estas sejam voluntárias ou internamentos compulsivos. Esta situação leva à diminuição do número total de dias de internamento, bem como ao aumento da satisfação do cliente e respetivos profissionais de saúde (Escoval et al., 2010). Para que este tipo de intervenções tenha sucesso é essencial que o cliente consiga ser o próprio gestor da sua doença, que este consiga ter acesso aos serviços adequados/necessários, que os cuidados prestados sejam integrados e especializados, que ocorra uma monitorização contínua da qualidade dos cuidados, da segurança e satisfação do cliente (Escoval et al., 2010).

Ao nível dos cuidados preventivos torna-se fulcral que seja criado um espaço de oportunidade de desenvolvimento da motivação, conhecimento e competências do cliente, onde este tenha a hipótese de assumir um papel ativo no controlo e manutenção da sua doença, bem como na ocorrência de complicações.

Face à problemática do meu projeto de estágio, decidi em conjunto com a enfermeira orientadora, selecionar três clientes e respetivas famílias para a entrevista, delineando intervenções de enfermagem a implementar.

Na seleção dos clientes procurámos que reunissem os seguintes critérios específicos, como internamento recente no serviço de psiquiatria do hospital da área de residência e/ou antecedentes de agressividade; familiares apoiantes e disponíveis. Neste processo de seleção foram excluídos os clientes que apresentassem sintomatologia psicótica negativa.

Os objetivos das entrevistas de enfermagem planeadas foram: identificar as necessidades do cliente e sua família, os recursos que tinham ao seu dispor; identificar sinais de alerta e comportamentos de risco de manifestação de agressividade pelo cliente; estabelecer em conjunto com o cliente e/ou sua família estratégias de âmbito preventivo para lidar com os comportamentos agressivos.

As entrevistas foram individuais e semiestruturadas, tendo por base um guião. Foram elaborados dois guiões para as entrevistas, um para o cliente, composto por 7

questões abertas (Apêndice II) e outro para os familiares, com 5 questões abertas (Apêndice III). Segui um conjunto de questões previamente definidas, não obrigatoriamente pela ordem exibida, enquadrando-as no contexto da conversa formal, por forma a que o entrevistado tivesse a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto. Importante salientar que demonstrei escuta ativa, controlei o fluxo da informação e forneci *feedback* quando necessário. Estava previsto realizar uma entrevista a cada cliente e respetivos familiares, num total de 6. No entanto, foram apenas realizadas quatro entrevistas: duas a dois clientes distintos e outras duas aos pais de um terceiro cliente. O consentimento informado foi realizado verbalmente e aceite por todos os participantes das entrevistas.

Tendo por base o Modelo de Sistemas da Betty Neuman, foram identificados os stressores de cada cliente, que transpus respetivamente para 3 quadros que se encontram no Apêndice IV.

Os três clientes selecionados foram:

- O Sr. A, com 42 anos, era um cliente com o diagnóstico de esquizofrenia, antecedentes de comportamentos agressivos no domicílio e no último internamento em serviço de agudos. Os pais encontravam-se de férias, tendo sido realizada apenas a entrevista ao cliente e efetuado o contacto telefónico aos seus progenitores;

- O Sr. B, com 33, era um cliente com o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar, antecedentes de consumos tóxicos (canabinóides e álcool) e agressividade em contexto de impulsividade. A mãe apresentava dependência física e, embora contactada, não pode comparecer, tendo sido realizada apenas a entrevista ao cliente;

- O Sr. C, com 20 anos, era um cliente com o diagnóstico de perturbação afetiva bipolar, antecedentes de consumos tóxicos (canabinóides e álcool) e comportamentos agressivos derivados dos consumos e/ou impulsividade. Após acordo em consulta de enfermagem e posteriores contactos telefónicos, faltou a 3 entrevistas marcadas. Porém, os pais demonstraram interesse e preocupação pelo seu filho, tendo sido realizadas duas entrevistas distintas: primeiro à mãe e depois ao pai. Estes pais também manifestaram preocupação com o seu segundo filho, que estava a “seguir as mesmas pisadas do irmão mais velho” (sic).

De salientar algumas expressões verbalizadas pelo cliente, durante a entrevista: “o meu pai agrediu-me antes de ser internado, por isso é que o empurrei (...) o meu irmão empurrou-me por causa do sucedido”; “a polícia levou-me para o hospital (...)

fiquei 1 mês e uns dias”; “agressividade começa pelo vocabulário, depois pode evoluir e desencadear situações físicas (...) pode ser psicológica, verbal e física...”; “o que despoletou a minha agressividade é quando quero afirmar a minha linha de pensamento e os meus pais não me deixam, querem-me manipular (...) com eles sou mais agressivo e acabo por abusar, com outras pessoas falo doutra maneira...”; “diagnosticaram-me esquizofrenia para eu poder ter acesso ao rendimento de inserção (...) estive a ler sobre isso e a maior parte dos casos têm cura...” (sic).

Foi possível analisar os stressores do cliente (Apêndice IV). Mediante tal análise, os problemas identificados foram: consumo de álcool; aumento ponderal; avolia; ausência de juízo crítico e reduzido *insight* para a sua doença; padrão irregular de sono.

Foram identificados os seguintes fatores de reconstituição: demonstra interesse, vontade de voltar a estudar e de procurar trabalho; apesar de períodos de avolia, demonstra vontade de se tornar ativo e de perder peso; por vezes ambivalente, demonstrou interesse em alterar a sua vida e reunir condições financeiras para, posteriormente, poder voltar a ver o filho; cliente inteligente, com potencialidade de, após adquirir juízo crítico, utilizar os recursos a seu favor.

Após entrevista, foi possível realizar intervenções de âmbito psicoeducativo acerca da sua patologia, sinais e sintomas de descompensação psiquiátrica e estratégias para lidar com os mesmos. Ainda neste momento foi necessário munir o cliente com estratégias de *coping* para evitar o aumento ponderal, avolia e regular o seu padrão de sono. Apesar de este não manifestar crítica relativamente à sua patologia e aos seus comportamentos no passado, demonstrou interesse pelo folheto informativo e pelas estratégias sugeridas para evitar a possibilidade da ocorrência, ou confronto com os *stressores* identificados, nomeadamente exercício físico, exercícios de relaxamento, evitando consumo de bebidas alcoólicas e fomentando hábitos de vida saudáveis.

Apesar dos pais do Sr. A se encontrarem de férias, realizei um curto contacto telefónico com eles, onde foram discutidos sintomas de descompensação psiquiátrica e medidas a tomar quando existisse risco do Sr. A manifestar comportamentos agressivos, o que foi recebido com agrado. Também foi reforçado que o Centro de Saúde seria um recurso em momentos de crise e que, quando lhes fosse possível, poderiam levantar o folheto informativo junto da enfermeira.

A entrevista com o Sr. B decorreu favoravelmente, pois o próprio reconheceu que é uma pessoa “stressada” (sic), “tendo dificuldade em controlar os seus impulsos” (sic). Torna-se relevante salientar algumas expressões proferidas pelo cliente: “agressividade é ser uma pessoa nervosa, não ter controlo quando bate nas pessoas (...) quando estou no ringue sou muito agressivo, na competição”; “já estive preso... eu era muito agressivo (...) estive numa sela com os mais perigosos e máxima vigilância por ter sido agressivo lá (...) não quero falar do passado...”; “sou agressivo quando sou provocado (...) agora descarrego no saco de boxe em vez de fazer mal a alguém”; “às vezes tenho stresse, nervos, enervo-me...”; “agora quando tenho nervos aguento (...) já não descarrego em cima de ninguém. Já há muito tempo que não luto por zanga” (sic).

Os stressores do cliente B encontram-se no Apêndice IV. Como problemas principais foram considerados: consumos tóxicos; impulsividade; ansiedade; o facto de frequentar espaços onde pode ser propiciada a agressividade.

Já como fatores de reconstituição foram identificados os seguintes: o cliente demonstra potencialidade de mudança futura no que diz respeito a alterar os seus comportamentos; apresenta vontade de alterar e prevenir a sua impulsividade, apesar de utilizar os canabinóides e o *kickboxing* como ansiolítico; demonstra interesse em aprender novas técnicas/estratégias para evitar ou gerir os seus stressores; o cliente apresenta Fé, algo que, em períodos de compensação psiquiátrica se torna benéfico (nos internamentos passados apresentou delírios místicos exacerbados, relacionados com a sua religião).

O cliente identificou vários momentos em que se tornava agressivo, respetivos fatores desencadeantes e de risco, o que iria tentar alterar, utilizando algumas sugestões e ensinamentos para a saúde fornecidos durante a entrevista. De entre eles podemos destacar: evitar o consumo de canabinóides e bebidas alcoólicas, evitar meios/ambientes e/ou companhias que pudessem propiciar a agressividade, se necessário mudar de ginásio se surgissem novas rivalidades, utilizar exercícios de relaxamento nos momentos em que os sintomas resultantes dos *stressores* fossem evidentes, preferir hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Considero que o Sr. B é um cliente com problemas de impulsividade, estando naquele momento num período mais tranquilo, e com potencialidade de mudanças futuras. O discurso do cliente centrou-se bastante na agressividade, pois este

considerou-a um elemento do seu desporto, o *kickboxing*, algo que ainda deveria continuar a ser trabalhado em futuras consultas de enfermagem. No final da entrevista foi fornecido o folheto informativo, que ele recebeu com agrado.

No caso do Sr. C, de início, após diálogo com a equipa multidisciplinar apenas foi contactada a sua mãe porque era considerada a familiar de referência. Pelo facto de o pai ser seguido por um dos psiquiatras do serviço, foi-me desaconselhado esse contacto.

Após o Sr. C faltar às duas primeiras entrevistas previamente agendadas, foi contactada a mãe no sentido de ser realizada uma entrevista de enfermagem. Durante a entrevista esta manifestou interesse em ajudar na relação dos filhos com o pai, deixando a hipótese em aberto de se reunirem todos e falarem sobre os acontecimentos passados.

De referir algumas expressões verbalizadas pela mãe do Sr. C: “agressividade é responder violento e atacar fisicamente alguém”; “ele é carinhoso comigo, mas bruto com o pai”; “uma vez ele foi agressivo com o pai, tinha bebido álcool e exaltou-se (...) eles envolveram-se à pancada lá em casa (...) mesmo com socos, muito violento, fiquei chocada (...) foi difícil superar esse período”; “uma vez partiu a porta do prédio, estava paranoico e foi internado, pela segunda vez”; “naquele dia o discurso do meu filho não fazia sentido”; “aos 16 anos ele já chegava a casa bêbado e vomitava a casa de banho (...) mentia-me e eu acreditava (...) se nessa altura tivéssemos informação se calhar as coisas podiam ter corrido melhor” (sic).

Penso que se trata de uma mãe carinhosa e preocupada, no entanto, com dificuldade em colocar limites durante a adolescência deste jovem.

Foi reforçada a proximidade com a equipa comunitária e demonstrada disponibilidade para quando necessitasse de ajuda. Foi fornecido o folheto realizado por mim, bem como reforçados ensinamentos sobre o comportamento agressivo, os seus sinais de alerta, a patologia do filho, sinais e sintomas de descompensação psiquiátrica, como prevenir os comportamentos agressivos e formas de recorrer ao Centro de Saúde e, em último recurso, ao Serviço de Urgência.

A mãe do Sr. C recebeu o folheto informativo com bastante agrado, mostrou-se receptiva aos ensinamentos e confiante para colocar dúvidas. Percebi que esta mãe é um forte pilar da família, tendo uma função de ajuda e ligação dos elementos da mesma.

Torna-se relevante enaltecer que, após faltar à terceira entrevista de enfermagem, contactei de novo o Sr. C. Contudo, quem atendeu foi o pai, proferindo: “eu não consigo compreender o meu filho (...) eu já não conheço o meu filho” (sic). Esta frase despoletou interesse em mim, suscitando-me vontade de clarificar a intenção das suas palavras, pois considerei ser um pedido de ajuda. Propus, então, ao pai do cliente, uma entrevista de enfermagem, o que este aceitou com agrado.

Estive reunido com o pai do Sr. C, onde discutimos o comportamento dos seus filhos, os seus problemas pessoais e dificuldades em lidar com os mesmos. Abordámos o tema da agressividade, comportamento este manifestado tanto pelo seu filho como por si, bem como os *stressores* desencadeantes, medidas preventivas e de gestão deste tipo de manifestações. Também foram descritas as consequências do consumo de álcool e canabinóides e, à semelhança da sua esposa, foi dado o folheto informativo, realizado ensino sobre a patologia do filho e respetivos sinais e sintomas.

Das expressões proferidas pelo pai do Sr. C, destacam-se: “para mim agressividade é quando eu sinto que não gosto de alguma coisa, faz com que eu me irrite, perco a cabeça e parto para a agressão...”; “eu às vezes descarregava nos meus filhos (...) sentia-me frustrado, eu impunha as regras e a mãe desautorizava (...) eu era rígido e eu batia-lhes, era muito bruto...”; “o meu pai também me batia, mas não tenho raiva dele”; “uma vez também fui agressivo com a minha esposa, mas depois tudo ficou esclarecido e retirou a queixa”; “desde que eu bati nele que me guardou muitos ressentimentos”; “sempre quis ter uma filha para lhe poder dar carinho e também receber” (sic).

Considero que se trata de um pai com uma infância infeliz, com dificuldade em controlar os seus impulsos e de criar relações de afeto com os seus filhos.

Torna-se relevante referir que a ocorrência de todas as entrevistas estava planeada para cerca de 30 minutos/1 hora, sendo que o pai do cliente C. solicitou mais tempo para diálogo durante a mesma.

Na entrevista com o pai do cliente C promoveu-se uma relação de confiança para que este pudesse expressar as suas preocupações e problemas, havendo espaço para gritar, chorar, exprimir sentimentos de raiva, tristeza e de angústia. Foram abordados episódios de infância traumáticos, conflitos familiares e situações laborais problemáticas, tendo sido proporcionados momentos de reflexão e de catarse. No final

da entrevista foi notório o seu alívio, tendo solicitado uma nova entrevista/consulta de enfermagem, acentuando que nas consultas com o psiquiatra não tinha o espaço nem “à vontade suficiente para desabafar” (sic). Esta atitude foi evidente no seu não-verbal, na sua postura, fâcies e olhar, bem como através do verbal: “quando vou ao médico parece que não me ouve, só me passa as receitas (...) eu quero falar mais vezes com profissionais, como fizemos agora, é possível?” (sic).

Atendendo a que o meu estágio estava numa etapa final, indiquei o Sr. para as consultas com a enfermeira orientadora, sugerindo uma referenciação posterior para a terapia familiar no hospital. Tanto ele como a esposa demonstraram bastante interesse, pois ambos queriam “consertar” (sic) os seus conflitos familiares.

Mais tarde registei as avaliações efetuadas nos processos clínicos dos clientes e consegui avançar com a referenciação, ao falar com o médico responsável, para a terapia familiar no hospital de referência (OE, 2010a)⁴.

À semelhança dos dois clientes anteriores, os stressores do cliente C são enumerados no Apêndice IV. Os principais problemas identificados foram: consumos tóxicos; relação familiar conflituosa; sentimentos de frustração.

Neste caso, os fatores de reconstituição são os seguintes: o cliente apresenta *insight* no que diz respeito à aceitação do seu diagnóstico; de momento encontra-se no final do curso profissional, tendo apresentado avaliações positivas no seu estágio profissional; é carinhoso para com a sua mãe, que desempenhando esta um papel fundamental na sua vida, tornando-se num recurso contendor dos seus comportamentos e de partilha de confidências.

Considero que nesta família existia uma falta de assertividade e equilíbrio nas relações familiares, com um pai e filho que guardavam raiva e ressentimentos, provocando revolta, impulsividade e comportamentos agressivos em ambos. Uma mãe tolerante, que impunha poucos limites e regras, mas carinhosa, tentando o diálogo e a aproximação da família. Já o pai, um indivíduo com dificuldade em expressar os seus sentimentos e, segundo o mesmo, com “falta de afetos” (sic),

⁴ **Unidade de Competência - C.1.1.** Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. **Crítérios de Avaliação: C.1.1.2.** Colabora nas decisões da equipa multiprofissional. **C.1.1.3.** Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar. **C.1.1.4.** Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.

acabou por “perder” o filho pela agressividade, acumulando frustração, criando barreiras comunicacionais e relacionais com os seus descendentes.

No caso do Sr. C, de início, pelo facto de o cliente ter faltado às 3 entrevistas marcadas senti-me apreensivo, algo que me fez refletir e repensar qual seria a melhor estratégia a realizar, decidindo entrevistar apenas os seus pais. Posso concluir que ocorreram benefícios para estes pais, pois ambos demonstraram preocupação com o filho e interesse em frequentar a terapia familiar.

Tive a oportunidade intervir num quarto cliente, o Sr. D, que recusou participar nas entrevistas propostas. No entanto consegui, durante duas consultas de enfermagem em que foi administrada a terapêutica *dépôt*, discutir com o cliente sobre qual era o significado da palavra agressividade, uma vez que este apresentava critérios para participar nas minhas entrevistas. O cliente descreveu uma situação em que manifestou comportamentos agressivos direcionados à sua família. Foquei-me nesse episódio, permitindo que ele conseguisse descrever os seus sentimentos e motivos da impulsividade. Acabou por manifestar um momento introspetivo, emocionando-se, reconhecendo que seria possível mudar as suas atitudes futuramente. Aproveitei o momento para ensinar estratégias preventivas deste tipo de comportamentos, forneci-lhe o folheto informativo, tendo este reagido positivamente.

Considero que os objetivos das entrevistas foram atingidos, tendo sido possível identificar comportamentos de risco, fornecer orientações no sentido de prevenir e reduzir o risco de descompensação psiquiátrica, abordando como tema principal os comportamentos agressivos. Também foram abordados temas como os efeitos desejados e potenciais efeitos secundários dos tratamentos farmacológicos, dando enfoque aos seus benefícios, promovendo-se a continuidade da adesão ao tratamento (OE, 2010b)⁵.

Posso concluir que, com a realização das 4 entrevistas, foi possível detetar elementos comuns entre os 3 clientes: todos apresentavam comportamentos aditivos;

⁵ **Unidade de Competência - F.4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. **Crítérios de Avaliação: F.4.1.1.** Fornece antecipadamente orientações aos clientes, para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais. **F.4.1.3.** Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas). **F.4.1.7.** Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros. **F.4.1.8.** Analisa o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planeia abordagens de acordo com a situação. **F.4.1.10.** Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.

sinais e sintomas de descompensação psiquiátrica; a não aceitação da doença; relações interpessoais comprometidas, nomeadamente familiares e sociais; falta de estratégias e dificuldade em prevenir e lidar com a impulsividade. Esta última dificuldade também foi manifestada pelos familiares dos clientes.

Considero que, no geral, os resultados obtidos foram positivos pois, para mim, as intervenções realizadas tiveram impacto na vida dos clientes e/ou respetivas famílias, tendo estes afirmado: “de futuro irei ter em conta o que discutimos aqui hoje e pensar primeiro antes de agir.”; “vou usar as estratégias de que falámos hoje cada vez que me sentir zangado.”; “nós não sabíamos que as drogas também podiam afetar a doença do nosso filho (...) agora percebo que os comportamentos do meu filho também estão associados à sua doença (...) queremos que ele melhore, vamos tentar usar as estratégias de que falámos hoje e tentar que o ambiente lá em casa esteja mais calmo.”.

Para além das atividades descritas, também realizei dois registos de interação, permitindo tomar consciência de mim mesmo. O primeiro despertou várias emoções e sentimentos em mim acerca do luto, bem como a minha forma de agir perante o mesmo. O segundo registo focou-se numa interação em que existia risco de um cliente manifestar comportamentos agressivos, descrevendo a forma como me senti e como agi perante tal comportamento.

O primeiro registo de interação focou-se no luto, algo que desde a licenciatura sempre evitei. Trata-se de uma dificuldade detetada desde essa altura, nos momentos em que tive de lidar com familiares de clientes que se encontravam em fim de vida, ou que haviam falecido.

Na minha opinião, este trabalho reflexivo trouxe-me novas experiências e promoveu o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo momentos introspetivos sobre duas interações distintas relacionadas com o luto, sobre os meus atos, receios, impasses e dificuldades. Este é um processo de “crescimento” que pode durar anos e que não pode ser desvalorizado. Trata-se de um questionamento que carece de momentos reflexivos, catárticos e introspetivos.

Considero também que favoreceu o meu autoconhecimento, algo que eu considerava ser difícil nesta fase da minha vida académica e laboral, acabando por me dar conta das minhas fragilidades, pontos fortes e menos fortes (OE, 2010b)⁶.

Considero que, nesta reflexão, consegui alterar a minha forma de pensar e de agir através dos momentos reflexivos diários com a enfermeira orientadora, encontrando períodos em que me questioneei a mim próprio sobre o porquê desta fragilidade e dificuldade, também, em gerir os silêncios nestas interações.

Penso que os momentos de silêncio foram produtivos, permitiram tanto ao cliente como a mim, uma reflexão sobre o diálogo em curso, mensagens subjacentes, preocupações e sentimentos emanados por ambos naquele momento. Estes períodos de silêncio são necessários e benéficos nas interações, propiciando momentos de espontaneidade na díade, mas acima de tudo no cliente. Por vezes causavam-me desconforto, tendo nesta interação conseguido melhorar e respeitá-los no decorrer do diálogo.

O segundo registo de interação centrou-se numa consulta de enfermagem onde seria administrada a terapêutica *dépôt*, na qual identifiquei vários sinais e sintomas que demonstravam risco de passagem ao ato por parte da cliente. Tendo em conta a renitência da sua parte, consegui aplicar técnicas de de-escalação com sucesso, demovendo-a e administrando a injeção sem intercorrências.

Considero que, dentro das possibilidades, agi de forma adequada, tentando sempre que possível criar relações de confiança e compreender tanto o sofrimento como as preocupações da cliente, naquele momento. De início, pensei e senti que estava a ser ridicularizado pela cliente, associando esse comportamento à sua personalidade, mas após análise e reflexão, percebi que eram evidentemente os seus sintomas. Considero ter atingido um dos objetivos principais desta consulta de enfermagem, isto é, que a cliente aceitasse o tratamento, de forma segura e sem intercorrências. Constatado que, neste caso, a renitência por parte da cliente em relação ao tratamento foi gerida adequadamente.

⁶ **Unidade de Competência - F.1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de Avaliação: F.1.1.1.** Identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar. **F.1.1.2.** Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. **F.1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

Para além do descrito, foi uma experiência que me permitiu aperfeiçoar a prática clínica, a capacidade de reflexão e outros tipos de abordagens a clientes em descompensação, num ambiente que não em serviço de internamento de psiquiatria. Torna-se, também, relevante referir que estou habituado a desenvolver este tipo de abordagens no meu local de trabalho, serviço de internamento, num ambiente controlado e/ou seguro, algo que tive de ter em conta nesta interação. Neste caso existem imensos riscos ao interagir com clientes em fase de descompensação psiquiátrica, sem crítica para a sua doença e para a necessidade de fazer a medicação prescrita.

Em suma, estas reflexões também permitiram que eu conseguisse aperceber-me de que tenho potencial para mudar e melhorar a minha intervenção, pois para mim, o luto sempre foi uma temática de difícil gestão, o qual sempre que possível evitava no meu dia-a-dia como enfermeiro.

Além disso, este trabalho ensinou-me que os momentos reflexivos são uma ferramenta fundamental para o meu crescimento como enfermeiro, pois permitiram-me ser confrontado com situações onde me sentia desconfortável na interação com os clientes. Constatado que, seguramente, a minha capacidade de resposta está a ser mais enriquecida e sustentada.

Concluindo, tendo em conta a dinâmica do serviço e pelo facto de os clientes terem consultas de enfermagem quinzenais ou mensais, não foi planeado um programa de psicoeducação específico, mas sim entrevistas de enfermagem individuais, com a mesma finalidade. Outro fator a salientar foi o facto de o meu público-alvo ter fraca adesão a este tipo de programas da unidade, sentindo as consultas como uma obrigação, o que se tornou um obstáculo às minhas intervenções. Mesmo com estes constrangimentos, considero ter ultrapassado muitas destas dificuldades.

Ainda nas limitações/dificuldades acrescento que, pelo facto de não existirem gabinetes livres na unidade, pois o espaço era limitado para cada profissional, tive a necessidade de realizar as entrevistas de enfermagem após as 16h/17h, ou durante a hora de almoço, o que as condicionava, levando à desmotivação dos clientes.

Creio que os pontos fortes do estágio neste contexto foram as entrevistas, pois penso que consegui, em parceria com os clientes e/ou famílias identificar sinais e sintomas de descompensação psiquiátrica, *stressores* e comportamentos de risco que propiciam a agressividade. Foi possível, também, munir ambos com estratégias

preventivas e de gestão do comportamento agressivo, tanto durante a entrevista de enfermagem, como com a entrega do folheto elaborado.

Com a realização dos dois registos de interação refleti e consegui “dar-me conta de mim mesmo” na interação com os clientes, identificando várias das minhas emoções, sentimentos e valores passíveis de influenciar a minha intervenção.

Geri impasses e resistências que condicionavam as minhas interações desde a licenciatura e sinto que enriqueci, melhorei e modifiquei a minha prática desde então.

2.2.Serviço de Urgência Psiquiátrica de um Hospital da Grande Lisboa

O SU geral do hospital é composto por 90 enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em fases agudas da doença, agindo em equipa com os médicos, quer os clientes sejam transferidos para o serviço de internamento de agudos de psiquiatria, quer tenham alta para o domicílio ou instituição. A equipa de urgência psiquiátrica é composta por um psiquiatra, um enfermeiro e um assistente operacional, escalados por turno. Neste SU apenas existem dois EESMP, um com exclusividade na prestação de cuidados nesta área. A restante prestação de cuidados é assegurada por enfermeiros de cuidados gerais, sem formação específica em saúde mental, com atividade rotativa pelas diferentes especialidades do respetivo SU geral. Por isso, e tendo por base as indicações da chefia de enfermagem, existe necessidade de formação específica nesta área.

Este pedido pode ser suportado na investigação realizada pela *Emergency Nurses Association's* (ENA's) (2011), denominada *Violence Surveillance Study*, onde se conclui que 54,5% dos enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência experienciaram agressividade verbal ou física por parte dos clientes e/ou visitas nos últimos 7 dias, sendo 42,5% verbal; 11,2% verbal e física; 0,8% física (dos 789 participantes que experienciaram agressividade física, 62,2% referiram ter sido alvo mais do que uma vez nos últimos 7 dias).

Para este estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- identificar os problemas e necessidades do cliente com comportamento agressivo no SU;
- identificar sinais de alerta e comportamentos de risco de manifestação da agressividade;

- realizar intervenções de enfermagem de âmbito preventivo e de gestão do comportamento agressivo no SU;
- avaliar as intervenções de enfermagem desenvolvidas na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos;
- analisar a minha interação com o cliente com comportamentos agressivos;
- realizar formação aos enfermeiros sobre técnicas de de-escalação.

À semelhança do contexto anteriormente descrito, procurei integrar-me na dinâmica do serviço, observando e analisando as práticas da equipa multidisciplinar e a forma como estes conseguiam dar resposta às necessidades dos clientes, fazendo face às situações de crise vivenciadas por eles.

Desde o início estabeleci uma relação de colaboração e parceria com a equipa multidisciplinar, podendo cimentar a minha forma de agir num novo contexto de trabalho.

Todos os turnos foram iniciados pela gestão ambiental do local de prestação de cuidados: sala de enfermagem, sala de espera, gabinetes médicos e sala de observação, composta por 4 macas, com possibilidade de aumentar vagas.

No contexto de prestação de cuidados de saúde mental, os fatores ambientais podem contribuir para a ocorrência de comportamentos agressivos, como por exemplo a disposição do serviço e da sala de enfermagem (Dickens et al. 2013).

Para Richmond et al. (2012), o ambiente deve ser gerido em função dos clientes e dos seus possíveis comportamentos, como por exemplo ter materiais ou móveis que possam ser movidos ou retirados facilmente do local onde se encontra o cliente e saídas acessíveis, tanto para os profissionais como para os clientes. Os mesmos autores (2012) defendem que o ambiente deve ter uma temperatura amena, cor das paredes em tons neutros e evitar ruídos elevados. Contudo, alguns serviços têm preferência pelos materiais/móveis fixos à parede ou chão, para evitar que o cliente utilize algum objeto como arma, estratégia que pode dar uma falsa sensação de segurança. Para além destas medidas, também os objetos afiados, canetas, lápis, vidros, metais, entre outros, devem ser removidos ou guardados em segurança neste tipo de serviços, sendo da responsabilidade do profissional estar atento a este tipo de riscos (Richmond et al., 2012).

Nesta perspetiva, no início e durante os turnos foram detetados vários riscos e removidos possíveis fatores desestabilizadores dos clientes, como por exemplo

objetos afiados e suportes de soro móveis deixados do turno anterior, pertences dos clientes por espoliar (malas/bolsas que poderiam conter medicação, armas brancas, entre outros), familiares ou acompanhantes que aumentassem a ansiedade e o risco de manifestação de comportamentos agressivos por parte dos clientes.

Com este tipo de abordagens aprofundei a capacidade de propiciar práticas de cuidados preventivas e de gerir o risco ambiental a nível institucional ou das unidades funcionais (OE, 2010a)⁷.

Regendo-me pelos objetivos preconizados, tive contacto com vários clientes e, sempre que possível, em conjunto com os mesmos, tentei identificar os seus problemas e necessidades específicas. Tal foi possível através de uma avaliação estruturada e descrição clara da história de saúde dos clientes, permitindo-me identificar as capacidades internas e recursos externos dos clientes (OE, 2010b)⁸.

Tendo em conta a minha experiência profissional e os conhecimentos adquiridos através da evidência científica, tive oportunidade de identificar sinais de alerta e comportamentos de risco de manifestação de agressividade, intervindo de forma preventiva, deixando a gestão dos comportamentos agressivos para último recurso. Para que tal pudesse acontecer, elaborei um quadro onde registei e documentei todos os clientes com quem tive contacto (motivos de vinda à urgência, avaliação dos sintomas naquele momento, intervenções de enfermagem realizadas, resultados esperados e/ou obtidos), aliada à aplicação da escala BVC para cada um destes, que me forneceu dados relevantes para a avaliação do risco (Apêndice V).

No sentido de melhorar a minha intervenção e individualizar os cuidados na predição do risco de agressividade utilizei a escala BVC como instrumento de avaliação diagnóstica (Anexo I). Importante salientar que este processo foi anónimo, nunca tendo sido colhidos dados pessoais, apenas o género e idade, não interferindo

⁷ **Unidade de Competência - A.2.2.** Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. **Critérios de Avaliação: A.2.2.1.** Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco. **A.2.2.2.** Adota e promove a adoção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas. **A.2.2.3.** Tem uma conduta preventiva, antecipatória. **Unidade de Competência - B.3.2.** Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais. **Critérios de Avaliação: B.3.2.3.** Previne os riscos ambientais.

⁸ **Unidade de Competência - F.2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. **Critérios de Avaliação: F.2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. **F.2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

com nenhum direito ético dos clientes, nem violando a sua integridade e/ou privacidade.

Relativamente às intervenções implementadas, passaram por: promoção da autonomia e do conforto do cliente dentro do possível; estabelecimento de uma relação terapêutica; prestação de apoio emocional; orientação para a realidade; promoção de um ambiente seguro; vigilância comportamental; estabelecimento de limites; acompanhamento de clientes que apresentavam comportamentos de risco a exames complementares de diagnóstico; gestão e administração da terapêutica; ensinamentos ao cliente sobre sinais e sintomas de descompensação, importância da terapêutica para estabilização da doença mental, bem como estilos de vida saudáveis, como por exemplo um padrão de sono adequado, hábitos alimentares e cuidados de higiene adequados; ensinamentos sobre normas de funcionamento e encaminhamento para internamento de agudos ou preparação para alta; estabelecimento de um plano terapêutico e encaminhamento para consulta externa/Centro de Saúde; referência para assistência social; ensinamentos para a saúde à família/pessoa significativa (relacionados com sinais e sintomas da doença e de descompensação, apoio emocional, entre outros) e técnicas de de-escalação, que irão ser enumeradas de seguida. Por vezes recorri e permiti a presença de uma ou mais pessoas significativas, nos momentos em que considere ser benéfico para o cliente.

Por fim, em todas as minhas interações tive em atenção a minha atitude, mantendo uma distância adequada do cliente, consoante o seu comportamento, garantindo a minha segurança, dos profissionais e dos próprios clientes.

De salientar que foi possível avaliar a pertinência e sucesso das minhas intervenções na prevenção e gestão dos comportamentos agressivos através do quadro elaborado, onde documentei os resultados esperados para todos os clientes no momento da admissão e durante as minhas intervenções, sendo possível comparar com os resultados obtidos horas depois.

Durante a minha prática neste contexto de estágio avaliei e intervi em 155 clientes, com idades compreendidas entre os 16 e 88 anos, 71 de género masculino (46%) e 84 de género feminino (54%). Entre eles, 61 apresentaram risco de manifestar comportamentos agressivos (39%). Destes 61 clientes, utilizei a técnica de de-escalação aquando da intervenção a 30 clientes (19%) e apenas em 8 foi necessário aplicar medidas de contenção física e mecânica (5%). Posso concluir que, através das

técnicas de de-escalação, consegui ter uma intervenção preventiva com sucesso em 22 clientes (14%). Os restantes 31 clientes não foi necessária a aplicação de técnicas de de-escalação por não reunirem critérios para a sua aplicação.

No início de cada contacto tive em conta os sinais e sintomas que predizem o comportamento agressivo: associados à expressão facial, postura corporal, agitação motora, discurso, afetos e nível de consciência.

Como descrito no referencial teórico, tive preferência pelas técnicas de de-escalação, as de suporte e de controlo “não físico”. Na interação com estes clientes comuniquei de forma sincera, calma e com um ritmo constante, transmitindo segurança e confiança ao demonstrar interesse pelos seus problemas e preocupações, bem como disponibilidade para ajudá-los.

Nas intervenções de suporte, sempre que possível, realizei intervenções passivas, passando pela presença e acompanhamento individual do cliente, facilitando o seu autocontrolo, promovendo um local seguro e isolado através da gestão ambiental, com tempo e espaço para verbalizar os seus problemas, frustrações, preocupações, de modo a que ele pudesse libertar as suas tensões e hostilidades.

No início de várias interações tive necessidade de descentrar a atenção do cliente dos estímulos agravantes, falando de tópicos do seu interesse, com o intuito de o distrair e/ou lhe estimular emoções mais positivas.

Demonstrei interesse e compreensão ao ser genuíno nas minhas intervenções e através da escuta ativa, dando valor aos clientes a quem prestei cuidados, fomentando a construção de relações de base empática, de respeito e de confiança.

Identifiquei, em conjunto com os clientes, os stressores desencadeantes da agressividade através da identificação e clarificação do problema.

Dialoguei com os clientes por forma a que estes perspetivassem os acontecimentos de um prisma positivo, conseguissem identificar os fatores causais e/ou pessoas envolvidas. Assim, foi possível analisar as suas reações, realçando que poderiam ter agido de forma diferente.

Utilizei frases chave no sentido de remover dúvidas ou medos, tentei transmitir segurança e sugeri procurarem os profissionais de saúde indicados em situações futuras semelhantes. As frases chave mais utilizadas foram: “você está num hospital, este é um local seguro (...) nada de mal lhe vai acontecer.”, “confie em nós, somos enfermeiros, profissionais de saúde, estamos aqui para o ajudar...”.

Também tive oportunidade de avaliar a ansiedade do cliente e reduzir os seus medos e preocupações naquele momento. Indiquei formas de o ajudar para ultrapassar os seus problemas, recomendando medidas preventivas e tentando elaborar um plano a curto, médio e a longo prazo. Tentei, sempre que possível, satisfazer as necessidades do cliente naquele momento, fornecendo estratégias de *coping* específicas para cada caso.

Nas intervenções de controlo “não físico” foi utilizada a gestão ambiental em todas as interações, passando por remover estímulos adversos como clientes não envolvidos, profissionais desnecessários, objetos perigosos, limitando os ruídos, reduzindo o contágio e/ou escalada da agressividade e maximizando a segurança do serviço. Instruí os clientes, no sentido de reduzir os stressores existentes, sobre a necessidade e os benefícios de permanecer num local com estímulos reduzidos, habitualmente na sala de enfermagem ou sala de observação.

Por vezes, através do diálogo, foi necessário favorecer que o cliente tomasse consciência do seu comportamento, mostrando-lhe que agir agressivamente não era adequado e esclarecer que daí podem ocorrer respostas menos positivas como a aplicação de medidas restritivas, envolvimento dos agentes da autoridade e barreiras no processo de convalescença.

Quando necessário, demonstrei o meu desagrado de forma clara e assertiva sobre os comportamentos inapropriados do cliente, estabelecendo o mais cedo possível regras, limites e tipos de comportamento aceites.

Como já referido anteriormente, perante o insucesso das medidas anteriormente descritas, houve necessidade de aplicar técnicas restritivas ou de controlo físico, como por exemplo a contenção física, mecânica, ambiental/isolamento e farmacológica, regendo a minha intervenção pelos guias orientadores de boas práticas da DGS (Circular Normativa Nº8/DSPSM/DSPCS, 2007, Orientação Nº 021/2011). Controlei as emergências psiquiátricas mediante o seu nível de risco, geri o regime medicamentoso mediante situações específicas, colmatando os sintomas psiquiátricos⁹.

⁹ **Unidade de Competência - F.3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados. **Crítérios de Avaliação: F.3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental. **F.3.4.3.** Gere as emergências psiquiátricas determinando o nível de risco, inicia e coordena cuidados de emergência efetivos. **F.3.4.4.** Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.

Remetendo-nos novamente para os 61 clientes que apresentavam risco de agressividade (39%), 35 eram de género masculino (57%) e 26 de género feminino (43%). Destes 8 clientes, 6 eram do género masculino e 2 do género feminino, tendo sido necessária aplicação de medidas de contenção mecânica por: confusão mental, desorientação auto e halopsíquica, agitação psicomotora, tensão, risco de auto e heteroagressividade física, alucinações, heteroagressividade física e verbal, coprolália, posse de arma branca e risco de fuga.

Tendo em conta a avaliação realizada através da escala BVC, dos 155 clientes, 94 obtiveram um score de 0 (60,6%) (risco de violência pequeno), 46 obtiveram um score de 1-2 (29,7%) (risco de violência moderado) e os restantes 15 clientes obtiveram um score de 3-5 (9,7%) (risco de violência muito elevado).

Meehan, Alwis, & Stedman (2017) investigaram 350 admissões de clientes no Instituto de Saúde Mental no Sri Lanka, verificando que 59 clientes (16,9%) manifestaram comportamentos agressivos durante as primeiras 72h após admissão no serviço de agudos de psiquiatria. Os mesmos autores (2017) utilizaram vários instrumentos de avaliação durante as 72h, dentre eles a escala BVC, que foi considerada um indicador robusto do risco de agressividade após admissão nos serviços de saúde, tendo sido considerado o instrumento mais forte e essencial na predição deste tipo de comportamentos. Importante salientar que, neste estudo, dos 59 clientes, 52 manifestaram comportamentos agressivos nas primeiras 24h após admissão. Concluíram estes autores (2017) que é fundamental aumentar a vigilância e implementar estratégias centradas no cliente que permitam a redução do risco de agressividade neste período.

À semelhança do contexto da comunidade também tive vários momentos reflexivos, nomeadamente através dos registos de interação e diálogo construtivo com o enfermeiro orientador e professora, que me permitiram tomar consciência de mim mesmo durante as relações terapêuticas estabelecidas (OE, 2010b)¹⁰.

¹⁰ **Unidade de Competência - F.1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. **Crítérios de Avaliação: F.1.1.1.** Identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar. **F.1.1.2.** Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica. **F.1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

Sabendo que um dos objetivos neste contexto também seria analisar a minha interação com o cliente com comportamentos agressivos, realizei dois registos de interação.

No primeiro descrevi um momento em que cuidei de uma profissional de saúde, minha conhecida e colega de trabalho.

Este foi mais um momento fulcral no meu percurso como futuro EESMP, pois permitiu-me enfrentar uma situação desconfortável e árdua, tanto no meu percurso de estudante, como de enfermeiro. Deparei-me com uma colega de trabalho num estado de saúde instável e com a própria saúde mental fragilizada.

No sentido de salvaguardar os aspetos éticos, deontológicos e legais - o direito à reserva da intimidade e ao sigilo profissional - questioneei a cliente se queria que fosse eu a cuidar dela, ao que respondeu afirmativamente, assegurando-lhe o sigilo profissional.

Naquele momento senti que tive um conflito interno inicial, que consegui resolver rapidamente, pois intervi tendo em conta duas dimensões: a pessoal e/ou amigo, e a profissional, como enfermeiro. Consegui identificar os meus sentimentos, emoções, impasses e resistências que poderiam afetar a relação terapêutica.

Foi a primeira vez que algo deste género sucedeu durante a minha prática clínica, algo que me fez refletir sobre a forma como agi, bem como sobre se poderia ter agido de outra forma.

Para além destas questões refleti sobre as fragilidades mentais que todos temos potencialidade de apresentar, do risco que todos corremos ao submetermo-nos a um trabalho tão árduo como o cuidar, algo passível de afetar a nossa homeostasia.

Foram experiências que mudaram a minha forma de pensar no que diz respeito a estar habituado a cuidar de pessoas desconhecidas e a pensar que a doença mental “apenas acontece aos outros”.

O segundo registo centrou-se numa interação em que existiu o risco de um cliente manifestar comportamentos agressivos dirigidos a mim e ao enfermeiro orientador, permitindo-me refletir sobre a minha intervenção e sentimentos naquele momento.

No início procedi à gestão ambiental ao colocar o cliente isolado em sala de observação, aproveitando a presença dos agentes da autoridade para garantir a segurança do mesmo e de terceiros, uma vez que tinha sido ativado o internamento compulsivo, ao abrigo da Lei da Saúde Mental (1998). Pouco tempo depois o cliente

iniciou soroterapia por apresentar rabdomiólise, algo que, após recusa, acabou por ceder e aceitar a minha argumentação. Nesse mesmo dia foi transferido para outro hospital, aguardando vaga no seu hospital de referência.

No dia seguinte constatei que o mesmo cliente tinha regressado, tendo sido “recusado” no outro SU psiquiátrica pelo facto de apresentar um problema orgânico. Foi uma interação que considerei difícil de gerir, não só pelas particularidades do cliente, mas também pelos sentimentos e emoções que foram emanados em mim ao saber que um hospital recusou cuidar do cliente que apresentava rabdomiólise, aceitando apenas recebê-lo quando se encontrasse organicamente estável.

Deparei-me com o Sr. ainda mais tenso, com elevado risco de passagem ao ato, dirigido a terceiros. Utilizei a técnica de de-escalação no cliente, com sucesso. Considero que a minha intervenção foi importante para o cliente, pois foi possível evitar a sua escalada da agressividade, tendo sido atingido o objetivo principal desta interação, ou seja, que o cliente não apresentasse comportamentos heteroagressivos.

Mais tarde o cliente mantinha-se ansioso e com agitação psicomotora, mesmo sob efeito de medicação. Concluí, após diálogo com o cliente, que seria importante contactar os seus pais, os quais se deslocaram ao local onde este se encontrava. Foi algo positivo e decisivo na minha intervenção, pois para além de promover a relação entre enfermeiro e cliente/família, também considero tê-lo tranquilizado ao propiciar a proximidade com os seus familiares de referência.

Esta interação permitiu-me criar uma relação de confiança com o cliente, compreendendo naquele momento os seus problemas, sofrimento e preocupações, reconhecendo recursos externos que seriam benéficos para ele. Também me permitiu gerir emoções pessoais perante o estigma da doença mental ainda estar tão presente no nosso dia-a-dia, com serviços hospitalares que não cuidaram este cliente “como um todo”.

O último objetivo preconizado para este contexto centrou-se na capacitação dos enfermeiros deste serviço com técnicas de de-escalação, tendo por base uma solicitação do enfermeiro chefe do SU. Nesse sentido apliquei questionários com o intuito de fazer um diagnóstico de situação acerca dos conhecimentos e experiência que os enfermeiros deste serviço apresentavam sobre esta temática (Apêndice VI).

O questionário apresentava uma parte introdutória em que se identificava o tema e respetivos objetivos do inquérito, sendo depois composto por 5 questões, das quais 2 de resposta aberta e 3 de resposta mista.

Os questionários foram distribuídos por mim antes das sessões formativas, durante duas semanas, no início de cada turno em que estive presente e recolhidos no fim do mesmo. Dos 90 enfermeiros que constituem a equipa foi possível aplicar o questionário a 40, tendo em conta que o facto de apenas fazer manhãs ou tardes condicionou a sua distribuição, ou mesmo pelo facto de existirem enfermeiros ausentes do serviço por baixas médicas ou férias.

Dos 40 enfermeiros que preencheram o questionário (44%), aproximadamente metade da equipa de enfermagem do SU geral, nenhum conhecia a técnica de de-escalação, algo que justificou a pertinência da formação que realizei.

Hallet & Dickens (2015) investigaram a perceção dos profissionais de saúde acerca da de-escalação e dos seus resultados, aplicaram um questionário realizado a 72 profissionais. Nesse estudo verificou-se que a maior parte dos profissionais referiram como objetivo principal da de-escalação a prevenção e diminuição da escalada da agressividade. Cerca de metade dos participantes deram exemplos das suas particularidades, tais como técnicas comunicacionais verbais e não-verbais, imposição de limites de forma não confrontante, bem como adaptação da intervenção à pessoa em questão e consequente fase da escalada da agressividade. Como resposta à agressividade verbal/física dirigida a terceiros foram privilegiadas as técnicas comunicacionais, sendo as intervenções físicas consideradas como alternativa, entre outros (Hallet & Dickens, 2015).

Neste sentido, após a obtenção dos resultados dos questionários, realizei o plano para a sessão formativa a ser realizada (Apêndice VII). Após validação pela chefia do SU, realizei quatro sessões formativas idênticas (PowerPoint - “Prevenção e gestão do comportamento agressivo na pessoa com doença mental: intervenções de enfermagem”), para conseguir alcançar o número máximo de enfermeiros. Como complemento à formação elaborei uma *guideline*, dado que uma das necessidades do serviço era a falta de experiência dos profissionais em prevenir e gerir os comportamentos agressivos, bem como a ausência de guias orientadores de boas práticas de intervenções relacionadas com esta temática (Apêndice VIII). Com a elaboração da *guideline*, que teve por base a investigação científica existente,

divulguei os dados provenientes da evidência científica. Esta atividade contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências de enfermagem de saúde mental na equipa do SU¹¹.

Após cada sessão formativa, os enfermeiros preencheram um questionário para avaliação da sessão (Apêndice IX). Este questionário era composto por uma escala tipo *Likert* com 4 questões focadas no desenvolvimento da sessão formativa e respetivo formador, 3 questões centradas na técnica de de-escalação e 2 questões de resposta aberta onde numa se averiguavam as principais aprendizagens após formação e na outra se solicitava sugestão de outros temas a serem abordados na área da agressividade.

No quadro 2 são apresentados os resultados da avaliação realizada pelos enfermeiros no âmbito deste estudo.

Quadro 2 – Avaliação da sessão formativa pelos enfermeiros

	Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Totalmente
Os objetivos da sessão foram cumpridos?	0	0	0	19	41
A metodologia foi adequada?	0	0	1	22	37
A duração foi adequada?	0	0	2	22	36
A linguagem utilizada era clara e acessível?	0	0	1	16	43
O conteúdo da sessão foi importante para sua prática?	0	0	0	21	39
Considera a técnica de “de-escalação” interessante?	0	0	1	26	33
Considera que irá aplicar a técnica no futuro?	0	0	3	37	20

Dos 60 enfermeiros que assistiram à sessão formativa todos responderam ao questionário e o *feedback* foi positivo, no sentido em que estes consideraram muito, ou totalmente interessante, o conteúdo e a técnica de de-escalação, posicionando-se a maioria dos enfermeiros no totalmente interessante. Contudo verificamos que, quando questionados sobre a aplicação da técnica no futuro, a maior parte dos

¹¹ **Unidade de Competência - D.2.2.** Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. **Crítérios de Avaliação: D.2.2.4.** Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

enfermeiros posicionou-se no muito provavelmente (37), e só 20 se posicionaram no totalmente provável.

Relativamente às duas questões de resposta aberta, 36 deram ênfase à técnica de de-escalação como a principal aprendizagem da sessão, referindo que seria essencial na prestação de cuidados de saúde em SU. Ainda neste contexto, 2 enfermeiros responderam que foi benéfico aprender os sinais e sintomas preditores dos comportamentos agressivos e 5 deram relevância à classificação dos tipos de contenção.

Devido ao facto de a formação no SU ter sido realizada em períodos de passagem de turno, apenas com margem para realizar uma apresentação PowerPoint, tornou-se um fator limitativo no tempo e na quantidade de conteúdos que puderam ser mobilizados. Também devido ao limite de tempo do estágio não foi possível avaliar se a aplicação da contenção mecânica tinha sido reduzida após esta formação, bem como se a técnica de de-escalação era aplicada nas situações indicadas para tal.

Com estas condicionantes não foi possível comparar os resultados com o programa de treino de Newman, Paun & Fogg (2018). Estes autores (2018) criaram um programa de treino interativo com a finalidade de informar os profissionais de saúde sobre as consequências traumáticas das medidas de contenção mecânica e o incentivo ao uso de alternativas, como por exemplo as técnicas de de-escalação. Estes autores (2018) defendem que, para uma redução das taxas de contenção nos serviços de doentes agudos de psiquiatria, devem ser implementados planos de treino eficazes, de baixo custo e tempo limitado. Este programa apresenta uma duração de 90 minutos e foi implementado durante quatro sessões idênticas, uma por semana, com o objetivo de permitir a participação de toda a equipa. Cada profissional assistiu a uma apresentação PowerPoint, durante 30 minutos, centrada nas consequências da contenção mecânica, associada a um documento em papel com intervenções alternativas, como a de-escalação. Por fim, participaram em sessões de *role-play*, durante 60 minutos, focadas na de-escalação e consequente discussão em grupo (Newman et al., 2018).

Como resultados, após as formações, houve uma redução na aplicação de medidas de contenção em 90,2% nos três meses seguintes, bem como uma mudança nos conhecimentos e abordagens utilizadas pelos profissionais de saúde (Newman et al., 2018).

Por fim, torna-se relevante referir que inicialmente tinha previsto para este estágio realizar a validação cultural da escala EMDABS e aplicá-la neste contexto, algo que não foi possível devido à limitação dos prazos para autorização da comissão ética e para a realização do estágio. Importante salientar que, extra estágio, realizei o seu processo de tradução e adaptação cultural, tendo apresentado um poster no *4th IP Leiria's International Health Congress*, em maio de 2018, no Instituto Politécnico de Leiria. O *abstract* do poster foi publicado na Revista *BMC Health Services Research* 2018, 18 (suppl 2): P184.

Em suma, neste contexto de estágio, considero que a escala BVC foi um valioso instrumento na minha intervenção, permitindo-me avaliar o risco no momento da admissão dos clientes no SU. Ao relacionar os dados obtidos da escala BVC com os resultados das minhas intervenções consegui perceber o nível da intervenção, se foi bem sucedida, se teve efeitos benéficos no cliente, nos seus sintomas, e se os resultados obtidos coincidiram com os resultados esperados naquele momento.

Aliadas às competências do EESMP também considero ter desenvolvido as minhas capacidades ao nível da autorregulação, comunicação, avaliação e manutenção da segurança no local de trabalho.

Com a elaboração dos dois registos de interação foram possíveis mais momentos reflexivos, onde me dei conta das minhas emoções, sentimentos e valores durante as intervenções, algo que, com a agitação e aceleração do SU psiquiátrica, considerei que não seria possível. Também consegui dar-me conta das minhas reações corporais e emocionais, ao refletir em momentos posteriores aos factos e no diálogo com o enfermeiro orientador, valorizando a sua importância na relação terapêutica.

Consegui mais uma vez aprender “algo sobre mim”, lidando com situações particulares e árduas de gerir, originando alterações na minha forma de pensar e de agir desde então. Geri a minha “esfera pessoal” e de enfermeiro por forma a que estas se complementassem e respeitassem a integridade do processo terapêutico.

Relativamente à *guideline* e respetivas sessões formativas realizadas no SU, apesar do *feedback* positivo, não consegui avaliar a sua eficácia a longo prazo, pois requereria um estudo a curto, médio e longo prazo, o que não foi possível pelo curto tempo de estágio. Teriam de ser quantificados os episódios de agressividade, avaliadas as intervenções preventivas implementadas pela equipa e as taxas de contenção mecânica aplicadas.

Considero que foi algo necessário e decisivo para o SU, uma mais valia, pois pelo facto da não existência de *guidelines* específicas para lidar com comportamentos agressivos, muitas vezes os enfermeiros optavam por aplicar medidas de contenção restritivas, com as consequências respetivas. Sinto que este projeto contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tanto para mim, como para os colegas enfermeiros do SU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento que se adotou ao longo deste curso não foi o de procurar encontrar conclusões generalistas, mas acrescentar novas competências ao meu percurso pessoal e profissional. O percurso realizado no estágio contribuiu de forma determinante para a melhoria da minha formação pessoal e profissional, um processo que aumentou em mim a vontade de continuar a desenvolver competências específicas ao longo da minha vida profissional.

Neste estágio desenvolvi intervenções alicerçadas no Modelo de Sistemas da Betty Neuman, enquadrando a minha reflexão na literatura que pesquisei e analisei.

Considero que, ao longo deste percurso académico, adquiri várias competências fundamentais para ser EESMP, tendo tido oportunidade de as desenvolver nos momentos de Estágio e no meu local de trabalho. Das várias competências do perito, considero ter aperfeiçoado a minha capacidade de avaliação, por forma a compreender intuitivamente os comportamentos agressivos e identificar o risco da sua ocorrência, possibilitando uma intervenção adequada e especializada, não me perdendo num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis (Benner, 2001).

Como futuro EESMP, considero ter adquirido competências para identificar os problemas potenciais e existentes do cliente, tendo como meta intervir na prevenção ou minimização dos efeitos indesejáveis dos mesmos.

Destaquei várias competências, tais como o autoconhecimento, que é uma das características essenciais do EESMP no decorrer do processo relacional e terapêutico (Chalifour, 2008).

Para Santos & Cutcliffe (2018) os enfermeiros de saúde mental têm um papel fundamental no processo terapêutico, podendo-se transformar numa “ferramenta terapêutica” de ajuda e propiciar um modelo de mudança.

Para os mesmos autores (2018) é importante que os enfermeiros consigam desenvolver competências de autoconhecimento e ter consciência de si mesmos, no sentido de ajudar os clientes a crescer e a identificarem as suas próprias necessidades.

Esta competência esteve presente durante as minhas intervenções na predição, prevenção e gestão dos comportamentos agressivos, algo que considero ter sido aprofundado com os múltiplos e distintos episódios com que me deparei.

Considero que este relatório permitiu uma reflexão sobre as diferentes abordagens a tomar perante um cliente com risco, ou que manifeste comportamentos agressivos.

Tive oportunidade de intervir em clientes em fases distintas da sua doença, que necessitavam da minha ajuda, tanto em contexto de comunidade como de urgência.

Na minha prática constato que os enfermeiros têm dificuldade em lidar com os comportamentos agressivos e que existe uma grande necessidade de aprendizagem e formação, maioritariamente através de métodos de prevenção e predição de comportamentos agressivos. O treino e a formação devem focar-se nas técnicas que privilegiem uma mentalidade de “falar primeiro”, ao invés de responder à agressividade física com intervenções físicas (Hallet & Dickens, 2015).

Posso afirmar que, após este processo evolutivo, consegui descobrir um pouco mais de mim mesmo, tendo oportunidades de reflexão que me permitiram identificar e “enfrentar” barreiras da minha componente pessoal.

Apesar da riqueza das experiências vividas, surgiram algumas limitações ou constrangimentos nos contextos de estágio, tais como o acesso aos clientes ser condicionado pelas suas consultas serem quinzenais ou mensais, bem como pelo facto de estes apresentarem fraca adesão às consultas de enfermagem do centro de saúde, considerando-as uma “obrigação”, o que me dificultou este processo.

Já no contexto de SU psiquiátrica, considero que pelo facto de não ter conseguido aplicar a escala EMDABS foi uma limitação. Contudo, foi possível mais tarde realizar a validação cultural da mesma.

Por conseguinte, as evidências apresentadas podem constituir reflexões úteis no domínio da prevenção e gestão de comportamentos agressivos, na medida em que a informação existente acerca desta temática é considerada “vaga”, não existindo *guidelines* específicas, exceto as normas da DGS relativas à contenção (Circular Normativa N°8/DSPSM/DSPCS, 2007, Orientação N° 021/2011).

Corroborando com Cowman et al. (2017), a agressividade requer formulação de estratégias proativas nacionais e internacionais no que remete para a segurança e prevenção dos comportamentos agressivos, carecendo de normas Europeias “universais” que possam ser utilizadas e implementadas em vários países.

Por um lado, o comportamento agressivo pode escalar de uma forma previsível, seguindo passos específicos, com a possibilidade de momentos de avaliação de risco por parte dos profissionais, bem como de intervenções de âmbito preventivo (de-

escalação), evitando o confronto. Por outro, este pode ser repentino e inesperado, acabando por necessitar de uma resposta urgente e coordenada da equipa. Torna-se então essencial a existência de instrumentos de avaliação de risco como a BVC.

Como referido anteriormente, penso ter evoluído e aprofundado as minhas intervenções, podendo realizar práticas avançadas de enfermagem, na medida em que sou capaz de identificar quais os componentes necessários em situações distintas, avaliar as intervenções mais eficazes naquele momento e manter a segurança da equipa e dos clientes, privilegiando as práticas preventivas. De todas as minhas aprendizagens destaco a técnica de de-escalação, uma área onde me sentia pouco confortável e onde consegui obter muitos progressos. Esta intervenção, a meu ver, é o pilar das intervenções preventivas no decorrer da escalada da agressividade, situação desconhecida por grande parte dos enfermeiros.

Tive dificuldades na gestão do tempo dadas as exigências da minha vida pessoal e profissional, mas a resiliência e a determinação “falaram mais alto”. Durante o percurso de estágio esses constrangimentos iam sendo superados pela motivação intrínseca que me acompanhou no desenvolvimento da temática que, se por um lado me era familiar, por outro afigurava-se-me fundamental ser aprofundada.

Também se por um lado a investigação e a prática baseadas na evidência me fortaleceram as competências, por outro, a reflexão a partir da realidade do estágio contribuiu para a conquista de novos patamares enquanto enfermeiro e, simultaneamente, para a qualidade do serviço no hospital onde exerço funções.

Considero que este trabalho me proporcionou uma nova perspetiva sobre esta problemática, não bastando saber gerir os comportamentos agressivos dos clientes a quem prestamos cuidados. Por isso, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde é necessária uma abordagem multifacetada e especializada, incluindo cuidados primários preventivos na saúde física, melhoria da integração dos cuidados físicos e mentais, intervenções comportamentais e mudanças das atitudes dos profissionais, existindo uma necessidade de avaliar estas medidas regularmente (OECD, 2017).

Se desejamos uma melhoria dos cuidados de saúde será necessário apostar nos programas de treino e formação dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com doença mental, bem como supervisão clínica, por forma a melhorar as suas capacidades comunicacionais e relacionais. Pretende-

se com esta abordagem reduzir os episódios de agressividade manifestada pelos clientes, proporcionando um ambiente com suporte emocional e não punitivo.

Sugere-se, tal como referido por Baby et al. (2018), que futuramente sejam avaliados os resultados económicos na saúde relativamente aos números de ausências por baixa médica, rotatividade de profissionais e sinistros associados aos comportamentos agressivos manifestados pelos clientes.

Importante acrescentar que, para prevenir as práticas restritivas, torna-se relevante averiguar as emoções das equipas de saúde, o seu bem-estar e satisfação laboral, bem como a qualidade dos cuidados que são prestados, promovendo uma prática reflexiva, reconhecimento e partilha de sentimentos e emoções dentro da equipa de enfermagem.

Outro aspeto a considerar é a falta de dados estatísticos, influenciados pela reduzida adesão às notificações de risco e de ocorrências, por vezes devido a receio de retaliação e/ou represália por parte dos clientes, ausência de danos físicos, inconveniência e/ou falta de tempo, experiências laborais prévias, atitudes das chefias e considerar a agressividade uma parte do trabalho (ENA, 2011; Copeland & Henry, 2017). Segundo Copeland & Henry (2017), muitos profissionais de saúde consideram que, na presença de risco ou de manifestação de comportamentos agressivos, realizar uma nota de turno no processo do cliente é suficiente, não se dando conta de que os dados sobre a prevalência e/ou incidência deste tipo de comportamentos não são facilmente extraídos ou contabilizados.

De futuro, proponho-me a avaliar as propriedades psicométricas da escala EMDABS, no sentido de esta ferramenta/escala poder começar a ser utilizada nas escolas de enfermagem e/ou serviços de saúde, contribuindo desta forma para a melhoria da eficácia dos cuidados prestados aos clientes.

Todos sabemos que a enfermagem se centra no bem-estar, na saúde e na homeostasia dos clientes. Por forma a melhorar esta demanda, como futuro EESMP, almejo estar sempre a evoluir e atualizar os meus conhecimentos, baseando a minha prática na evidência existente. Os meus desejos são aperfeiçoar e adquirir novas competências, continuando com novas etapas académicas, indo ao encontro da minha valorização pessoal e profissional.

A minha missão mantém-se em cuidar do próximo, providenciando todos os meus conhecimentos, virtudes e atributos sobre a nobre arte do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (1º Relatório). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Almvik, R. (2008). *Assessing the Risk of Violence: Development and Validation of the Brøset Violence Checklist*. Norwegian University of Science and Technology Faculty of Medicine. Tese de Doutoramento. Trondheim.
- Al-Sagarat, A., Hamdan-Mansour, A., Al-Sarayreh, F., Nawafleh, H. & Moxham, L. (2016). Prevalence of aggressive behaviours among inpatients with psychiatric disorders: A case study analysis from Jordan. *Nursing & Health Sciences*. Nº 18. Pág. 172-179. DOI: 10.1111/nhs.12239.
- Baby, M., Gale, C. & Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*. Vol. 39. Pág. 67-82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social Learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A., Ross, D. & Ross, A. S. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. Nº 63. Pág. 575-582.
- Barlow, K., Grenyer, B. & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol 34 (6). Pág. 967–974.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berring, L., Pedersen, L. & Buus, N. (2016). Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. *Archives of Psychiatric Nursing*. Nº 30. Pág. 499-507. DOI: 10.1016/j.apnu.2016.05.005.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health

inpatients and staff in the UK. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs.* Vol. 9. Pág. 465–473.

- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Volume 1. Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda.* Loures: Lusodidacta.
- Circular Normativa N°8/DSPSM/DSPCS 25 de Maio (2007). Direção-Geral da Saúde (DGS) – Medidas Preventivas de Comportamentos Agressivos/Violentos de doentes – Contenção Física. 1-5.
- Copeland, D. & Henry, M. (2017). Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of Trauma Nursing.* Vol. 24 (2). Pág. 65-77. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000269.
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG) (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen European countries. *BMC Health Services Research.* Vol. 17 (59). Pág. 1-10. DOI: 10.1186/s12913-017-1988-7.
- Delaney, K. & Johnson, M. (2006). Keeping the Unit Safe: Mapping Psychiatric Nursing Skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* Vol. 12(4). Pág. 1-10. Acedido em 08-01-2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390306294462>.
- Dickens, G., Piccirillo, 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.* Vol. 22. Pág. 532-544. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Saúde Mental em Números 2014.* Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Violência Contra Profissionais de Saúde Notificação On-line.* Lisboa: DGS.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. & Sears, R. (1939). Frustration and aggression. New Haven: Yale University Freer.
- Duxbury, J. (2002). 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.* Vol. 9(3). Pág. 325-337. Acedido em 08-01-2017. Disponível em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.7898&rep=rep1&type=pdf>.

- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 50(5). Pág. 469–478. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03426.x.
- ENA (Emergency Nurses Association) (2011). *Emergency department violence surveillance study*. Pittsburgh: Emergency Nurses Association.
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F. & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 9. Pág. 105-116.
- Farrel, G., Bobrowski, C. & Bobrowski, P. (2006) Scoping workplace aggression in nursing: findings from na Australian study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55 (6). Pág. 778-787.
- Ferreira, F. & Florido, P. (2011). Situações de Agitação e Violência: a Realidade numa Unidade de Doentes Agudos. *Psilogos*. Vol. 9(1). Pág. 28-34. Acedido em 08-01-2017. Disponível em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol9N12/Indice11_ficheiros/Honrado%20Ferreira,%20Florido_p28-34.pdf.
- Filliozat, I. (1997). *A Inteligência do Coração, Rudimentos de Gramática Emocional*. Lisboa: Ed. Pergaminho.
- Gates, D., Gillespie, G. & Succop, P. (2011). Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. Vol. 29 (2). Pág. 59-66.
- Gaynes, B., Brown, C., Lux, L., Brownley, K., Van Dorn, R., Edlund, M., Coker-Schwimmer, E., Weber, R., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M. & Lohr, K. (2017). Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*. Vol. 68 (8). Pág. 819-831. DOI: 10.1176/appi.ps.201600314.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correia, B. & Fadden, G. (2006). *Intervenções familiares na Esquizofrenia: Dos aspetos teóricos à situação em Portugal*. Ata médica Portuguesa [Online]. Nº 19. Pág. 1-8. Acedido em: 08-01-2017. Disponível em: <http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/911/584>.

- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens, G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 68 (12). Pág. 2685-2699.
- Hallet, N. & Dickens, G. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 24 (4). Pág. 324-333. DOI: 10.1111/inm.12136.
- Hallet, N. & Dickens, G. (2017). De-escalation of aggressive behavior in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 75. Pág. 10-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>.
- Halm, M. (2017). Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence? *American Journal of Critical Care*. Vol. 26 (6). Pág. 504-508.
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. & Halfens, R. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*. Vol. 35. Pág. 212-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>.
- Jalil, R., Huber, J., Sixsmith, J. & Dickens, J. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 75. Pág. 130-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>.
- Jansen, G., Dassen, T. & Jebbink, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Nº 12. Pág. 3-13. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00772.x.
- Johnson, M. & Delaney, K. (2007). Keeping the Unit Safe: The Anatomy of Escalation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Vol. 13(1). Pág. 42-52. Acedido em 08-01-2017. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390307301736>.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. Acedido em 08-01-2017. Disponível em:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1.

- Kuivalainen, S., Vehvilainen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017). De-escalation technique used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 26. Pág. 513-524. Doi: 10.1111/inm.12389.
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 25. Pág. 2180-2188. Doi: 10.1111/jocn.13239.
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology*. Vol. 25 (1), Pág. 17-28. **DOI:** 10.9788/TP2017.1-02.
- Lorenz, K. (2002). *On Aggression*. Londres: Routledge.
- Marques, M., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S. & Neves, G. (2015). Assessment of the Risk of Violence in Portuguese Psychiatric Settings Using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*. Vol. 5(5). Pág. 360-370. **DOI:** 10.17265/2159-5526/2015.05.004.
- Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Managing violence and aggression – A Manual for Nurses and Health Care Workers*. Edinburgh : Churchill Livingstone – Harcourt Brace and Company Limited.
- Mavandadi, V., Bieling, P. & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the De-Escalating Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Nº 23. Pág. 357-368. **DOI:** 10.1111/jpm.12310.
- Meehan, T., Alwis, A. & Stedman, T. (2017). Identifying patients at risk of inpatient aggression at the time of admission to acute mental health care. What factor should clinicians consider?. *Advances in Mental Health*. Vol. 15 (2). Pág. 161-171. DOI: <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1259001>.
- Monahan, J. & Steadman, H. (1994). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.

- Monahan, J., Vesselinov, R., Robbins, P. & Appelbaum, P. (2017). Violence to others, violent self-victimization, and violent victimization by others among persons with a mental illness. *Psychiatric Services*. Vol. 68 (5). Pág. 516-519. DOI: 0.1176/appi.ps.201600135.
- Nau, J., Dassen, T., Needham, I., Halfens, R. (2011). Sensitivity, specificity and predictive value of Confidence in Managing Patient Aggression Scale on de-escalating behaviour. *Journal of Clinical Nursing*. Pág. 1-3. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03597.x.
- Nau, J., Halfens, R., Needham, I. & Dassen, T. (2009). The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 65(9). Pág. 1956-1964. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05087.x.
- Nau, J., Halfens, R., Needham, I. & Dassen, T. (2010). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest-posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*. Nº 47. Pág. 699-708. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.011.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. 5th Ed. Boston: Pearson.
- Newman, J., Paun, O. & Fogg, L. (2018). Effects of a staff training intervention on seclusion rates on an adult inpatient psychiatric unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. Vol. 15. Pág. 1-8. DOI: [10.3928/02793695-20180212-02](https://doi.org/10.3928/02793695-20180212-02).
- NICE (2017). *Violent and aggressive behaviours in people with mental health problems. Quality standard*. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs154>.
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em: 20-02-2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Acedido em: 20-

02-2017.

Disponível

em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 22-02-2018. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Orientação Nº 021/2011. Direcção-Geral da Saúde (DGS) – Prevenção de Comportamentos dos Doentes que Põem em Causa a sua Segurança ou da sua Envolvente. (2011-06-06) 1-4.
- OSHA (2015). *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers*. USA: USA Department of Labor.
- Parker, T. (2016). Workplace Violence and safety responses. *Nursing Management*. Vol. 47 (5). Pág. 30-35.
- Paterson, B., Bradley, P., Stark, C., Saddler, D., Leadbetter, D. & Allen, D. (2003). Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal Psychiatr Ment Health Nurs*. Vol 10. Pág. 3–15.
- Price, O. & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 21. Pág. 310-319. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x.
- Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 206. Pág. 447-455. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>.
- Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2018a). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 77. Pág. 197-206. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002).
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L. & Lovell, K. (2018b). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and

- effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 74. Pág. 614-625. DOI: 10.1111/jan.13488.
- Richards, S. & Schub, T. (2017). Workplace Violence: Assault by Patients. *Nursing Reference Center*. Acedido em 01-06-2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=16707436-7fc1-45dd-a44e-9ceff733ece5%40sessionmgr4009>.
 - Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. & Ng, A. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*. Vol. 13 (1). Pág. 17-25. DOI : 10.5811/westjem.2011.9.6864.
 - Richter, D. & Whittington, R. (2006). *Violence in Mental Health Settings – Causes, Consequences, Management*. USA : Springer Science + Business Media, LLC.
 - Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C. (2010) Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol 42 (1). Pág. 13-22.
 - Santos, J. & Cutcliffe, J. (Eds.) (2018). *European Psychiatric/Mental Health Nursing in de 21st Century: A Person-Centered Evidence-Based Approach*. Suíça: Springer International Publishing.
 - Scharfetter, C. (2005). *Introdução à Psicopatologia Geral*. Lisboa: Climepsi Editores.
 - Sha, L., Annamalai, J., Aye, S., Xie, H., Pavadai, S., Ng, W., Suppiah, K., Shah, A. & Manickam, M. (2016). Key components and strategies utilized by nurses for de-escalation of aggression in psychiatric in-patients: a systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. The Joanna Briggs Institute. Vol. 14 (12). Pág. 109-113. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003219.
 - Shah, L., Klainin-Yobas, P., Torres, S. & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of Psychoeducation and Relaxation Interventions on Stress-Related Variables in People With Mental Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 28 (2), Pág. 94-101. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.11.004.

- Spector, P., Zhou, Z. & Che, X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 51 (1). Pág. 72-84.
- Speroni, K., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L. & Atherton, M. (2014). Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. *Journal of Emergency Nursing*. Vol. 40. Pág. 218-228.
- Stuart, G., Laraia, M. (2001) - *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Stubbs, B. & Dickens, G. (2008). Prevention and management of aggression in mental health: An interdisciplinary discussion. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. Vol. 15 (8). Pág. 351-357. Acedido em 08-01-2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Geoffrey_Dickens/publication/264427698_Prevention_and_management_of_aggression_in_mental_health_An_interdisciplinary_discussion/links/570bc74d08ae2eb94223ae67.pdf.
- Townsend, M. C. (2011) – *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- Ventura-Madangeng, J. & Wilson, D. (2009). Workplace violence experienced by registered nurses: a concept analysis. *Nursing Praxis in New Zealand*. Vol. 25(3) Pág. 37-49.
- Wells, J. & Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 39 (3). Pág. 230-240.

Apêndices

Apêndice I - Folheto Informativo “Como prevenir o comportamento agressivo?”

Apêndice II - Guião de Entrevista de Enfermagem – Cliente

Guião de Entrevista de Enfermagem – Cliente

1. Para si, qual é o significado que atribui à palavra agressividade?
2. Considera que já alguma vez foi agressivo ou teve comportamentos agressivos? Em que situações?
3. Já ameaçou ou agrediu verbalmente/fisicamente alguma pessoa ou objetos?
4. Em que contexto e/ou situações?
5. Quais são os acontecimentos ou fatores que precipitaram a agressividade?
6. Quais são os seus sentimentos nestas situações? Como é que gere estes sentimentos?
7. Se entrar em discórdia/desacordo com outra pessoa consegue expressar os seus sentimentos e pensamentos assertivamente?

**Apendice III - Guião de Entrevista de Enfermagem – Família
do cliente**

Guião de Entrevista de Enfermagem – Família do cliente

1. Para si, qual é o significado que atribui à palavra agressividade?
2. O seu familiar já foi agressivo consigo ou com outros membros da sua família? De que forma? Em que circunstâncias?
3. Essas circunstâncias são frequentes?
4. Como reage nesses momentos?
5. Porque motivo acha que o seu familiar age desta forma?

Apêndice IV - Análise dos *Stressores* dos Entrevistados

Análise dos stressores do Sr. A.:

Stressores Variáveis	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológicas	Consumo de álcool; aumento ponderal.		Efeitos secundários da medicação.
Psicológicas	Esquizofrenia; avolia; ausência de juízo crítico e reduzido <i>insight</i> para a sua patologia; padrão de sono irregular.	Sentimento de controlo por parte dos pais.	
Socioculturais		História de comportamentos agressivos dirigidos ao pai e irmão.	
Desenvolvimento		Tem um filho com 5 anos e não o vê há 4.	Doutoramento inacabado; desemprego.
Espirituais			

Análise dos stressores do Sr. B.:

Stressores Variáveis	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológicas	Consumo de canabinóides e álcool.		
Psicológicas	Perturbação afetiva bipolar; stresse, ansiedade.		
Socioculturais		Companhias que propiciam a agressividade; antecedentes de agressividade em contexto de impulsividade; rivalidades no ginásio.	
Desenvolvimento		Antecedentes criminais.	
Espirituais			

Análise dos stressores do Sr. C.:

Stressores Variáveis	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Fisiológicas	Consumos de canabinóides e álcool.		
Psicológicas	Perturbação afetiva bipolar;	Sentimentos de "abandono" (SIC) por parte dos pais no passado.	
Socioculturais		Relação de conflito com o pai; pai autoritário; antecedentes de comportamentos agressivos derivados dos consumos e/ou impulsividade; história de agressividade física e verbal entre pai e filho.	Tensão familiar.
Desenvolvimento		Período passado em São Tomé com uma tia, sem os seus pais.	
Espirituais			

Apêndice V - Folha de Registo de Intervenções no SU

Folha de Registo de intervenções no Serviço de Urgência

Data						
Utente		1	2	3	4	5
Sexo						
Idade						
Prioridade / Fluxograma						
Queixas						
Diagnóstico Clínico						
Sintomas à observação						
Procedimentos Enfermagem	ECD com Enf.					
	Intervenção especifica					
Destino						
Resultados obtidos:						

ECD – Exames complementares de diagnóstico

Apêndice VI - Questionário aos enfermeiros do SU

Questionário

Tema: Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo na Pessoa com Doença Mental: Intervenções de Enfermagem.

Com este questionário pretendo fazer um diagnóstico de situação acerca da experiência da Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência relativamente a este tipo de situações/utentes.

Ao realizar este questionário é garantido o seu anonimato, bem como a confidencialidade das suas respostas.

A sua participação e opinião são importantes, agradeço desde já pela sua colaboração no preenchimento do questionário para que possa melhorar e individualizar a sessão formativa que irei realizar acerca desta temática.

Obrigado

Virar se faz favor

Enfermeiro: Pedro Luz

O seguinte questionário é composto por 5 perguntas de resposta aberta e 3 de resposta fechada. Por favor responda às seguintes questões:

1 – Para si comportamento agressivo é:

2 – Já alguma vez se deparou com comportamentos agressivos manifestados pelos utentes a quem prestava cuidados?

SIM NÃO

2.1 – Se sim, descreva sucintamente as intervenções de enfermagem realizadas:

3 – Conhece as normas da DGS para a gestão do comportamento agressivo?

SIM NÃO

3.1 – Se sim, refira quais os tipos de contenção preconizados pela DGS que conhece:

4 – Para si quais são os sinais/sintomas preditores do comportamento agressivo?

5 – Conhece as técnicas de de-escalação?

SIM NÃO

5.1 – Se sim, quais conhece?

Muito obrigado pela sua participação!

Enfermeiro: Pedro Luz

Apêndice VI - Plano de sessão formativa no SU



**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Enfermeiro Pedro Luz**

PLANO DE SESSÃO

Tema: Prevenção e Gestão do Comportamento Agressivo na Pessoa com Doença Mental: Intervenções de Enfermagem.

Grupo-alvo: Enfermeiros do Serviço de Urgência (aproximadamente 20 enfermeiros por sessão formativa).

Finalidade: Sensibilizar os enfermeiros para a importância do uso das técnicas de de-escalação na prevenção dos comportamentos agressivos.

Datas: 21, 23, 25 e 26 de Janeiro.

Hora: 15h00 (Durante o momento de passagem do turno).

Duração: 20 minutos.

Local: Serviço de Urgência – Sala de formação.

Dinamizador: Enfermeiro Pedro Luz.

Na minha prática clínica constato que os enfermeiros têm dificuldade em lidar com o comportamento agressivo manifestado pelos utentes e que existe uma necessidade de aprendizagem e formação, maioritariamente de métodos de predição, prevenção e gestão destes comportamentos. A sessão formativa será realizada com o intuito de dar a conhecer os sinais e sintomas preditores do comportamento agressivo, as técnicas de gestão deste tipo de comportamento preconizadas pela Direção-Geral de Saúde (DGS), mas principalmente, as técnicas de de-escalação, sua importância e benefícios.

Irei também apresentar os resultados da minha prática durante este ensino clínico, nomeadamente da intervenção preventiva e recurso às técnicas de de-escalação.

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Enfermeiro Pedro Luz**

Objetivos específicos	Descrição	Duração	Método	Recursos	Avaliação
- Que os enfermeiros consigam conhecer os objetivos e finalidade da sessão formativa.	- Apresentação do formador; - Apresentação do tema, dos objetivos e finalidade da sessão formativa; - Contextualização da temática e do ensino clínico.	2 min.	- Expositivo; - Interrogativo.	- Computador; - Apresentação Power Point.	- Observação.
- Que os enfermeiros consigam identificar estratégias e intervenções preventivas do comportamento agressivo.	- Definição de Comportamento agressivo; - Identificação dos Sinais e Sintomas preditores do comportamento agressivo; - Descrição das Técnicas de prevenção do comportamento agressivo (de-escalação); - Definição dos tipos de Contenção preconizados pela DGS; - Apresentação dos resultados obtidos das intervenções preventivas no ensino clínico.	10 min.	- Expositivo; - Demonstrativo.	- Computador; - Apresentação Power Point.	- Observação.
- Que os enfermeiros consigam refletir em grupo sobre a temática.	- Promoção de um espaço de partilha de situações laborais e comentários sobre a sessão formativa; - Síntese.	5 min.	- Ativo (discussão em grupo).		- <i>Feedback</i> dos enfermeiros.
- Que os enfermeiros tenham oportunidade de avaliar a sessão formativa.	Encerramento: - Promoção do preenchimento do questionário individual de avaliação da sessão; - Agradecimento pela participação e	3 min.	- Expositivo; - Ativo.	- Exemplares do questionário individual de avaliação da	- Avaliação da sessão formativa (resposta ao
	colaboração do grupo.			sessão formativa. - Canelas.	questionário individual).

Apêndice VIII - *Guideline* – “Prevenção do comportamento agressivo”

Sinais e Sintomas que predizem o Comportamento Agressivo				
Expressão Facial / Postura Corporal	Agitação Motora	Verbalizações	Afeto	Nível de Consciência
<ul style="list-style-type: none"> - Expressões faciais tensas/ameaçadoras; - Cerrar as mandíbulas; - Contacto visual evitativo ou constante (fixando o interlocutor); - Postura tensa e inclinada para a frente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Andar em círculos; - Incapacidade de ficar sentado quieto; - Espaço pessoal que invade o alheio; - Gestos ameaçadores, expansivos e bruscos; - Comportamento mal adaptativo, incongruente e arrogante; - Cerrar ou golpear com os punhos; - Respiração mais rápida; - Cessação súbita da atividade motora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaças verbais dirigidas a objetos reais ou imaginários; - Exigências intrusivas de atenção; - Pressão do discurso; - Discurso hipertônico e reivindicativo; - Conteúdo verbal exagerado e depreciativo dos outros; - Coprolalia; - Falta de insight; - Evidências de conteúdo de pensamento delirante ou paranoide. 	<ul style="list-style-type: none"> - Raiva; - Hostilidade; - Extrema ansiedade; - Irritabilidade; - Euforia inapropriada ou excessiva; - Instabilidade do afeto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusão; - Alteração súbita do estado mental; - Desorientação; - Alterações da memória; - Incapacidade de ser redirecionado.

Adaptado de Mason & Chandley (1999); Stuart & Larala (2001)

Intervenções de Enfermagem – Técnica de De-escalação	
Dar valor	Reconhecer e validar as suas preocupações de forma significativa.
Reduzir o medo	Escuta ativa; Empatia; Identificar um potencial de mudança positiva futura.
Averiguar a ansiedade	Compreender as preocupações e descobrir a raiz do problema.
Promover orientação	Sugerir formas de ajudar com as preocupações atuais e recomendar medidas preventivas.
Elaborar possíveis acordos	Estabelecer soluções a curto e médio prazo.
Permanecer calmo	Manter um tom de voz calmo e ritmo constantes, não reagindo a provocações.
Não se comportar de um modo arriscado	Garantir uma distância de segurança sem demonstrar medo ou cautela excessiva.

(Mavandadi, Bieling & Madsen, 2016)

Intervenções de Enfermagem – Medidas preconizadas pela DGS



(DGS, 2011)

Curso de Mestrado em Enfermagem na área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Enfermeiro: Pedro Luz
Enfermeiro Orientador: Daniel Santos

Referências Bibliográficas: 1.Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Managing violence and aggression – A Manual for Nurses and Health Care Workers*. Edinburgh : Churchill Livingstone – Harcourt Brace and Company Limited. 2.Mavandadi, V., Bieling, P. & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation : validating an English modified version of the De-Escalating Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Nº 23, Pag. 357-365. 3.Orientação Nº 021/2011. Direcção-Geral da Saúde – Prevenção de Comportamentos dos Doentes que Põem em Causa a sua Segurança ou da sua Envolvente. (2011-06-06) 1-4. 4.Stuart, G., Larala, M. (2001) - *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. 6ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Apêndice IX - Avaliação da sessão formativa

Avaliação da Sessão Formativa

Ao realizar este questionário é garantido o seu anonimato, bem como a confidencialidade das suas respostas. A sua participação e opinião são importantes, agradeço desde já pela sua colaboração no preenchimento do mesmo.

Realize a avaliação da sessão formativa através da seguinte correspondência:
1 – Nada; 2 – Pouco; 3 – Nem muito nem pouco; 4 – Muito; 5 – Totalmente.
Marque com um (X) no quadrado pretendido.
No final responda a 2 questões de resposta aberta para informações complementares.

Desenvolvimento da sessão / Intervenção do Enfermeiro/Formador: **1 2 3 4 5**

- Os objetivos da sessão foram cumpridos?
- A metodologia foi adequada?
- A duração foi adequada?
- A linguagem utilizada era clara e acessível?

Temática da sessão: **1 2 3 4 5**

- O conteúdo da sessão foi importante para a sua prática?
- Considera a técnica de "de-escalação" interessante?
- Considera que irá aplicar a técnica no futuro?

Quais foram as principais aprendizagens que resultaram desta sessão formativa?

Que outros temas gostaria de ver desenvolvidos na área dos comportamentos agressivos?

Muito obrigado pela sua participação!

Data __/__/__

Enfermeiro: Pedro Luz

Anexos

Anexo I - Escala BVC (*Brøset Violence Checklist*)

**The Brøset Violence Checklist
Almvik & Woods (2003)**

Interpretação e Operacionalização

Interpretação do Score:

- Score = 0 O risco de violência é pequeno.
- Score=1-2 O risco de violência é moderado. Devem ser tomadas medidas preventivas.
- Score>2 O risco de violência é muito elevado. Devem ser tomadas medidas preventivas e desenvolvido um plano de controlo de potencial violência.

Operacionalização dos comportamentos/ítems:

Ítems	Operacionalização
Confusão	O doente apresenta-se confuso e desorientado. Pode não ter a noção do tempo, do lugar ou das pessoas.
Irritabilidade	O doente facilmente se aborrece ou se irrita, é incapaz de tolerar a presença de outros.
Revolta	O doente apresenta um comportamento manifestamente "barulhento" ou ruidoso (por exemplo: bate portas, grita ao falar etc).
Ameaça de agressão verbal	O doente apresenta uma expressão verbal que seja mais do que apenas um levantar de voz, apresentando intenção real para intimidar ou ameaçar uma outra pessoa (por exemplo: ataques verbais, abuso, chamar nomes, comentários verbais "rosnados" de uma maneira agressiva).
Ameaça de agressão física	O doente apresenta uma intenção real para ameaçar fisicamente uma outra pessoa (por exemplo: agarrar a roupa, levantar o braço, perna ou pé, cerrar o punho ou erguer a cabeça em direcção aos outros).
Agressão contra objectos	O doente dirige um comportamento agressivo contra um objecto (por exemplo: atirar indiscriminadamente um objecto; bater ou partir vidros, pontapear, bater ou cabecear um objecto, ou a destruição de mobiliário).

Nome (Iniciais): _____

Nº (Cama): _____

Data: Admissão _____

The Bråset Violence Checklist © (BVC)
Almvik & Woods (2003)

Segunda Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Terça Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Quarta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Quinta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Sexta Feira / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Sábado / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Domingo / /			
	Manhã	Tarde	Noite
Confusão			
Irritabilidade			
Revolta			
Ameaça Verbal			
Ameaça de agressão físicas			
Agressão contra objectos			
TOTAL			

Instruções breves: avalie o utente durante o período de *48 horas (após admissão), nas primeiras 2 horas de cada turno*. À ausência de comportamento é atribuído um score 0. À presença de comportamento é atribuído score 1. O score máximo obtido é 5 (TOTAL). Se o comportamento é normal para um utente bem conhecido, só o aumento desse comportamento tem score 1; ex.: se um utente bem conhecido está normalmente confuso (está assim há um longo tempo) isto obtém um score 0. Se for observado um aumento da confusão isto obtém score 1.

**Anexo II - Escala EMDABS (*English modified De-Escalating
Aggressive Behaviour Scale*)**

English Modified De-escalating Aggressive Behaviour Scale – EMDABS

(Mavandadi & Biebing, 2016; Nau, Halfens, Needham & Dassen, 2009)

	1 – Strongly Disagree	2 – Disagree	3 – Neither/nor	4 – Agree	5 – Strongly Agree
1. Valuing the client	○ <i>Example:</i> Demeans or trivializes the client's concerns, emotions and requests.	○	○ <i>Example:</i> Provides limited or superficial acknowledgment that the client's concerns are valid, important and will be addressed.	○	○ <i>Example:</i> Provides genuine acknowledgement that the client's concerns are valid, important, and will be addressed in a meaningful way.
2. Reducing fear	○ Fails to empathize with the client, reinforces their fears, and does not suggest things will get better.	○	○ Listens actively to the client's concerns, but offers limited reframing, understanding, empathy or hope for the future.	○	○ Listens actively to the client and offers genuine empathy while suggesting that the client's situation has the potential for positive future change.
3. Inquiring about client's queries and anxiety	○ Makes no effort to understand the client's concerns and disregards what the client says or implies it is not important.	○	○ Attempts to understand the client's present concerns, but does not probe the client for more information.	○	○ Can communicate a thorough understanding of the client's concerns, and works to uncover the root of the issue.

	1 – Strongly Disagree	2 – Disagree	3 – Neither/nor	4 – Agree	5 – Strongly Agree
4. Providing guidance to the client	○ <i>Example:</i> Trivializes the client's concerns and implies there is nothing they can do to help them.	○	○ <i>Example:</i> Suggests limited, non-client centered, 'textbook' solutions that only address the client's immediate concerns.	○	○ <i>Example:</i> Suggests multiple ways to the help the client with their current concerns and recommends preventative measures.
5. Working out possible agreements	○ Displaces responsibility for the client's care to someone else entirely and leaves the encounter unresolved with no agreed upon plans.	○	○ Displaces some responsibility away from themselves and proposes a solution that requires minimal effort from the provider.	○	○ Takes responsibility for the client's care and concludes the encounter with an agreed upon short-term solution and a long-term action plan.
6. Remaining Calm	○ Becomes impatient, visibly frustrated or condescending when the client becomes more difficult.	○	○ Maintains a relatively calm demeanor, but signals agitation or impatience at times.	○	○ Maintains a calm tone of voice and steady pace that is appropriate to the client's feelings and behaviour.
7. Risky*	○ Maintains a moderate distance from the client to ensure safety, but does not appear guarded and fearful.	○	○ Keeps an excessive distance from the client to ensure safety and comes across as slightly guarded and fearful.	○	○ Instigates or provokes the client by being too close and confronting, or too far away and fearful.

*Risky is reverse coded

