



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Procedimento dos enfermeiros face ao
comportamento agressivo dos utentes no
Serviço de Urgência de Psiquiatria**

Sérgio João Andrade Vicente

Orientação: Professora Maria de Fátima dos
Santos Rosado Marques

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Procedimento dos enfermeiros face ao
comportamento agressivo dos utentes no
Serviço de Urgência de Psiquiatria**

Sérgio João Andrade Vicente

Orientação: Professora Maria de Fátima dos
Santos Rosado Marques

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016

PROCEDIMENTOS DOS ENFERMEIROS FACE AO COMPORTAMENTO AGRESSIVO DOS UTENTES NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PSQUIATRIA

RESUMO

De acordo com as evidências científicas e empíricas, os enfermeiros são frequentemente vítimas de agressão, sendo mais vulneráveis os que trabalham em serviços de urgência psiquiátrica. Perante esta realidade e através de entrevistas semiestruturadas, procurou-se identificar os procedimentos e as dificuldades sentidas pelos enfermeiros, perante o comportamento agressivo dos utentes no serviço de urgência psiquiátrica.

Os dados revelaram que nalgumas situações, os enfermeiros conseguem prever o comportamento agressivo dos utentes, fundamentalmente a partir de expressões não verbais. As estratégias comunicacionais verbais e não verbais, seguido dos vários métodos de contenção, são os procedimentos mais utilizados pelos enfermeiros para lidar com o comportamento agressivo do utente. A insuficiente formação da equipa multidisciplinar e a gestão do espaço físico, foram as principais dificuldades nomeadas pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermeiros; Procedimentos; Urgência Psiquiátrica; Utente; Comportamento Agressivo

NURSES PROCEDURES TOWARDS PATIENT AGGRESSIVE BEHAVIOR AT PSYCHIATRIC EMERGENCY SERVICES

ABSTRACT

The scientific and empirical evidence shows that nurses are often victims of aggression. Those working in psychiatric emergency services are more vulnerable. Due to this reality and by the use of semi-structured interviews we proposed to identify the procedures and difficulties that nurse's experience due to patients' aggressive behavior at psychiatric emergency services.

According to data, in some cases nurses can predict aggressive behavior. Most of the time, it is possible by observation of patient non-verbal expression. To handle patient's aggressive behavior nurses used most commonly the verbal and nonverbal communications strategies. When this isn't enough they used a coercive intervention, such as the restraint methods. For nurses, the main difficulties are the lack of training of the multidisciplinary team and the management of the physical space.

Keywords: Nurses; Procedures; Emergency psychiatry; Patient; Aggressive behavior

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. in – Citado em

ed. – Edição

et al – E outros

n.º – número

p. – Página

vol. – Volume

CHAVE DE SIGLAS

APNA – American Psychiatric Nurses Association

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

DGS – Direção-Geral da Saúde

HCC – Hospital Curry Cabral

ICN – International Council of Nurses

ILO – International Labour Office

NIOSH – National Institute for Occupational Safety and Health

PSI – Public Services International

SO – Serviço de observação

SUP – Serviço de Urgência de Psiquiatria

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	9
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO.....	14
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS HUMANOS.....	14
2.2 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	16
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/ENFERMEIROS.....	18
4 - PROCEDIMENTOS E RESULTADOS.....	21
4.1 – PROCEDIMENTOS.....	21
4.2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	23
5 – PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR NO SUP.....	47
6 – ANÁLISE DAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.....	50
7 – CONCLUSÃO.....	51
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
9 – ANEXOS.....	60
Anexo I – Guião das entrevistas	
Anexo II – Verbatim das entrevistas	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Resumo das temáticas.....	23
Quadro II – Frequência de ocorrência de comportamento agressivo para com os enfermeiros.....	24
Quadro III – Tipologia da agressão.....	25
Quadro IV – Tipos de quadros psiquiátricos referidas pelos enfermeiros.....	27
Quadro V – Procedimentos utilizados pelos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes.....	29
Quadro VI - Estratégias comunicacionais referidas pelos enfermeiros.....	30
Quadro VII - Comunicação na indução de comportamentos agressivos.....	37
Quadro VIII - Sinais que predizem o comportamento agressivo.....	39
Quadro IX - Dificuldades dos enfermeiros.....	42
Quadro X - Sugestões dos enfermeiros.....	44

1 – INTRODUÇÃO

O presente relatório constitui o trabalho final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Com este relatório, procura-se fazer o diagnóstico de situação do modo como os enfermeiros do Serviço de Urgência de Psiquiatria (SUP) do Hospital Curry Cabral (HCC) procedem, perante o utente com comportamentos agressivos.

Os episódios de agressividade com passagem ao ato por parte do utente são motivos de preocupação, no entanto quando existe um acompanhamento adequado do utente estes podem ser prevenidos. Neste sentido é essencial que as instituições tenham pessoal suficiente e com competências técnicas específicas, de forma a garantir a qualidade dos cuidados. É necessário ter enfermeiros preparados para acompanhar com segurança os utentes e prevenir episódios de agressividade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2007).

Marques e Mendes (2003), num estudo sobre a perceção da violência em psiquiatria, na perspetiva dos enfermeiros, referem que em Portugal, o fenómeno da violência em contexto psiquiátrico está pouco estudado.

O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) define violência no local de trabalho como um ato de agressão direcionada para as pessoas no trabalho ou em serviço, desde a linguagem ofensiva ou ameaçadora até ao homicídio (Gacki-Smith, Juarez & Boyett 2009).

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a agressividade consiste numa ação intensa dirigida a um objeto podendo ser verbal ou física.

Ferris e Grisso (1996; cit. in Liu, 2004) caracterizam um comportamento agressivo como um ataque físico ou verbal, podendo ser agressão apropriada (por exemplo, autodefesa) ou, alternativamente, pode ser destrutiva para o próprio e para os outros.

Um estudo conjunto realizado por várias organizações internacionais (International Labour Office [ILO], International Council of Nurses [ICN], World Health Organization [WHO] e Public Services International [PSI]), aponta a violência contra os profissionais de saúde como um fenómeno global. Este estudo tem como objetivo a implementação de linhas de orientação nacionais e internacionais para identificar e eliminar a violência contra profissionais de saúde. Refere-se também que

no ano anterior à realização do estudo mais de metade dos profissionais de saúde foram vítimas de pelo menos um incidente de violência física ou psicológica (WHO, 2002).

A pesquisa desenvolvida neste estudo demonstrou que em Portugal, num centro Hospitalar não especificado, 60 % dos profissionais de um universo de 212 inquiridos, refere ter sido alvo de pelo menos um incidente de violência nos últimos 12 meses. Uma das principais conclusões deste estudo foi a alta prevalência de violência psicológica além da violência física generalizada (WHO, 2002).

De todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os mais suscetíveis de serem alvo de agressão verbal (Chen, Hwu, & Williams, 2005; Gillies & O'Brien, 2006; National Audit Office, 2003, cit. in Stone, McMillan, Hazelton & Clayton, 2010).

No Brasil, num estudo de Cezar e Marziale (2006) sobre a violência contra os profissionais de saúde no Serviço de Urgência Hospitalar, é possível averiguar que os profissionais de saúde são alvos de constantes formas de violência, de entre os quais, os enfermeiros são destacados como o alvo central; tendo a totalidade dos inquiridos referido que já foi vítima.

Por ano cerca de 500.000 enfermeiros são vítimas de violência no local de trabalho (American Psychiatric Nurses Association [APNA], 2008). Os Enfermeiros são três vezes mais propensos a ser vítima de violência do que qualquer outro grupo profissional (Keely, 2002). Três enfermeiros a desenvolver a sua atividade em hospitais, cinco enfermeiros psiquiátricos e técnicos de apoio domiciliário morreram como resultado de agressões e atos violentos no local de trabalho em 2004 (United States Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2005 cit. in APNA, 2008).

Num estudo desenvolvido em Estocolmo para determinar a extensão, a natureza e os determinantes de violência contra enfermeiros psiquiátricos e psiquiatras, afirma-se que a violência contra esta equipa parece estar a aumentar, o que conduz a sérias consequências para a saúde mental da equipa bem como à resistência no envolvimento destes profissionais com os utentes (Soares, Lawoko & Nolan, 2010).

Os dados epidemiológicos indicam que a violência nos serviços de urgência está em crescimento e, a maioria das vezes não é reportada (Frasquilho, 2011).

Segundo Hesketh et al. (2003), de todas as especialidades de enfermagem, os enfermeiros que trabalham em psiquiatria são os que apresentam os níveis mais elevados de exposição à violência.

Ferrinho et al. (2003) conclui que do pessoal de saúde, os que trabalham em psiquiatria e em urgência são os mais vulneráveis a ser vítimas de agressão.

Segundo Ferrinho et al. (2003; cit. in Rosa, 2008), num hospital português em 2001, 37% dos profissionais de saúde tinham sofrido pelo menos um episódio de violência nos últimos 12 meses. Neste estudo as vítimas foram atacadas mais do que uma vez e em ambos os sexos.

No SUP do HCC em particular, o “*crescimento da agressão é assinalável, mas ainda incipiente*”, essencialmente verbal, ou agressões realizadas sem recurso a armas. As situações de agressividade são mais frequentes em casos de perturbações da personalidade, mas também em casos de excitação maníaca, psicoses e de situações orgânicas tipo demência e pós-acidente vascular cerebral (Frasquilho, 2011, p.37).

Na urgência de psiquiatria do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) localizada na urgência do HCC, o enfermeiro que aqui exerce funções tem o primeiro contacto com o utente. Este ao passar pela triagem é imediatamente encaminhado para a psiquiatria sem realizar terapêutica nem ter sido exercido qualquer procedimento para controlar essa agressividade. O mesmo acontece nos utentes oriundos de outros hospitais que pertencem á área geodemográfica deste serviço.

A maior parte das situações de agressividade ocorrem neste momento ou posteriormente depois de ter sido observado pelo psiquiatra e ter indicação para ficar internado muitas vezes contra a sua vontade e sem conhecimento imediato do utente. Por estes factos, o enfermeiro encontra-se muitas vezes exposto a situações de agressividade.

Perante a realidade da ocorrência de comportamento agressivo para com os enfermeiros em contexto psiquiátrico e particularmente em serviço de urgência os procedimentos de atuação adotados pelos enfermeiros nestas situações assumem extrema importância. Assim, é relevante saber como os enfermeiros reagem perante a ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes, pois só sabendo como eles reagem é possível adequar procedimentos de forma a lidar com este tipo de comportamentos.

Marques e Mendes (2003) identificaram várias estratégias para lidar com situações de violência, nomeadamente, as centradas nos comportamentos (imobilização física, administração de fármacos, confronto físico, isolamento), as centradas nas cognições (utilizando a persuasão), as centradas nas emoções (incluem o alheamento e

controlo emocional) e centradas no suporte social (estas incluem o pedido de colaboração por parte do utente). As estratégias centradas nos comportamentos foram, as que tiveram um maior número de indicadores e em menor número foram mencionadas as centradas nas cognições e emoções.

Para Hamrin, Lennaco e Olsen (2009, cit. in Cornaggia, Beghi, Pavone & Barale, 2011) uma das várias estratégias para reduzir a agressividade do utente são as boas técnicas de comunicação e a colaboração com o utente no plano de tratamento.

Também Jonker, Goossens, Steenhuis e Oud (2008), defendem o uso e treino das habilidades comunicacionais, uma vez que as medidas de contenção utilizadas pelos enfermeiros quando confrontados com a agressão podem interferir na relação enfermeiro-utente.

Desta forma a formação apresenta-se como uma importante ferramenta para lidar com a ocorrência de comportamento agressivo, sendo necessário conhecer a realidade para intervir nos pontos sensíveis. Tendo em conta este argumento e sendo o diagnóstico de situação uma das seis etapas do processo de planeamento em saúde, responsável por determinar os problemas de saúde da população e delimitar as suas necessidades (Tavares, 1990), consideramos essencial realizar um diagnóstico de situação de modo a identificar os pontos frágeis onde é necessário intervir, a partir do conhecimento da realidade.

Assim, para atingir o nosso propósito definimos alguns objetivos:

- Como objetivo geral, pretendemos identificar os procedimentos dos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes no SUP.

- Como objetivos específicos, pretendemos:

- descrever os tipos de agressividade manifestados pelos utentes em relação aos enfermeiros do SUP;

- descrever os sinais de agressividade dos utentes referidos pelos enfermeiros;

- identificar as estratégias que os enfermeiros utilizam face ao comportamento agressivo dos utentes;

- identificar as dificuldades dos enfermeiros no atendimento do utente em situação de agressividade;

- descrever as sugestões dos enfermeiros para tentar resolver essas dificuldades.

Em relação à estrutura do relatório, este encontra-se dividido em capítulos. Iniciamos com a introdução, fundamentando a importância do relatório e os objetivos a atingir.

Posteriormente realizamos a análise de contexto, onde caracterizamos o espaço físico e recursos humanos bem como a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.

Nos capítulos seguintes realizamos a análise da população/enfermeiros onde incide o diagnóstico de situação, descrevemos os procedimentos realizados, apresentamos a análise e discussão dos dados. Apresentamos também um capítulo com uma proposta de estratégias a implementar no SUP e na conclusão as considerações finais.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 – CARATERIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO E RECURSOS HUMANOS

O SUP localiza-se no extremo mais interior do serviço de urgência do HCC, e é composto por duas áreas, uma de atendimento e outra de internamento.

No que respeita à área de atendimento, é composta por uma sala de trabalho de enfermagem, dois gabinetes médicos e duas casas de banho, para uso geral do serviço de urgência e funcionários. Nesta área e no corredor, foram colocadas oito cadeiras, para funcionar como uma segunda sala de espera, uma vez que a primeira e mais ampla sala de espera é comum à da urgência geral e localiza-se junto à receção.

A área de internamento tem um pequeno gabinete de enfermagem com visualização para duas enfermarias (senhoras e homens) e um quarto individual de isolamento com visualização externa do corredor. A área de internamento tem a lotação de nove camas e por vezes ainda está preenchida por macas. Existe também uma sala de sujos que engloba a zona de arrumação dos espólios dos utentes que ficam em observação.

No que respeita às áreas de atuação geodemográfica, as mesmas têm vindo a sofrer alterações, sendo que no momento o SUP dá apoio aos distritos de Lisboa, Santarém e Beja.

No que respeita ao distrito de Lisboa, além de algumas freguesias deste distrito, pertencem ainda os concelhos de Odivelas, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Vila Franca de Xira, Loures, Mafra, Cadaval, Torres Vedras, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço e Sintra.

Em relação ao distrito de Beja, pertencem os concelhos de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa e Vidigueira.

Quanto ao distrito de Santarém pertence unicamente o concelho de Benavente.

O SUP do CHPL localizado no HCC recebe utentes com idade superior ou igual a 16 anos provenientes da área geodemográfica relativa à instituição e referida anteriormente.

Os utentes chegam ao serviço de urgência acompanhados por bombeiros, maqueiros, agentes de autoridade, familiares e outras vezes sozinhos.

Uma vez no Hospital o utente é triado na urgência geral por um enfermeiro, exceto se vier já referenciado com carta médica para a Psiquiatria.

Após a triagem o utente é encaminhado para os gabinetes de Psiquiatria (gabinetes 9 e 10), onde fica a aguardar no corredor, junto ao gabinete de enfermagem.

Posteriormente o médico decide a realização de exames complementares de diagnóstico, e/ou a aplicação de medidas terapêuticas de acordo com a situação clínica do utente.

Existem várias situações específicas que ocasionam a vinda ao SUP localizado no HCC como é o caso de utentes com depressões graves com ideias suicidas, tentativas de suicídio, utentes psicóticos e utentes agressivos.

Os recursos humanos são compostos por 14 enfermeiros, 12 assistentes operacionais e uma equipa médica.

A equipa de enfermagem é fixa composta por funcionários do CHPL. Dos 14 enfermeiros, 8 são do sexo feminino e 6 do masculino, 13 com turnos em regime de *roulement* e 1 coordenador que só faz o horário da manhã. A responsabilidade formal pela gestão da equipa de enfermagem pertence ao chefe do serviço de urgência geral. No entanto, a gestão funcional do serviço pertence ao enfermeiro nomeado pelo CHPL, enfermeiro coordenador. A equipa de serviço é composta por 2 elementos inclusive nas manhãs, em que o enfermeiro coordenador também presta cuidados diretos ao utente. Na ausência do enfermeiro coordenador, é escalado um enfermeiro responsável pelo turno.

O atendimento e a vigilância dos utentes que permanecem em serviço de observação é da responsabilidade dos 2 enfermeiros da equipa que se encontram de serviço, não existindo divisão formal dessa tarefa pelo órgão de chefia. A equipa organiza-se informalmente entre o atendimento ao utente em urgência psiquiátrica e a vigilância dos utentes que permanecem em SO. A permanência do utente em SO é uma situação temporária que permite estabilizar os utentes para posterior encaminhamento, nomeadamente transferência para o internamento no CHPL, transferência para o hospital da área de residência ou inclusivamente para a alta clínica.

A equipa de assistentes operacionais é fixa composta por funcionários do CHPL. Dos 12 assistentes operacionais, 9 são do sexo masculino e 3 do feminino. A equipa de serviço é composta por 2 elementos em regime de *roulement*.

A equipa de médicos psiquiatras é oriunda do CHPL e alguns médicos apenas prestam serviço na urgência de psiquiatria. A equipa de serviço é composta por 2 médicos psiquiatras que fazem turnos de 12 horas, das 8h às 20h e das 20h às 8h.

As restantes especialidades médicas são asseguradas pela urgência geral do HCC, tal como o serviço social, laboratório, serviço de transportes e limpeza.

2.2 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Para Alarcão e Rua as competências dos enfermeiros devem basear-se em algumas características, uma das quais consiste “na capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado e de trabalhar em equipas multidisciplinares”, (2005, p.375). De acordo com os mesmos autores as competências podem dividir-se em competências cognitivas, competências técnicas e competências comunicacionais, e dentro de cada tipo podem ser organizadas em várias micro-competências.

No presente trabalho, pretendemos desenvolver as competências cognitivas ao nível do diagnóstico as quais integram a identificação dos procedimentos adotados pelos enfermeiros aquando da ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes e ao nível da análise e interpretação da informação recolhida através dos questionários.

Como defende Le Boterf (cit. in Graveto, 2005), o saber cognitivo tem como funções principais o saber tratar a informação, saber raciocinar, saber nomear o que se faz e o saber aprender, tudo competências que serão mobilizadas ao longo do diagnóstico de situação.

O desenvolvimento pessoal constitui também um domínio de competências, onde se insere o desenvolvimento do espírito crítico.

Através da análise da informação obtida pretendemos também desenvolver a capacidade crítica e refletiva sobre a prática clínica dos enfermeiros entrevistados. A análise e reflexão sobre as suas formas de proceder permitem também verificar se os procedimentos utilizados estão em harmonia com a revisão da literatura.

Este diagnóstico de situação torna possível o processo de reflexão acerca dos procedimentos adotados pelos enfermeiros, o que está de acordo com Alarcão (cit. in

Dias, 2006). Este autor defende que a forte componente de reflexão a partir de situações práticas reais durante a formação, é a única via possível para um profissional se sentir capaz de enfrentar situações, sempre novas e diferentes, com que se vai deparar na vida real e ter assim que tomar decisões apropriadas nas zonas de indefinição que a caracterizam.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/ENFERMEIROS

A população do presente diagnóstico de situação diz respeito aos enfermeiros do SUP do CHPL localizado no HCC. A mesma é constituída por 14 enfermeiros, 6 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e 43 anos. Dos enfermeiros que participaram neste diagnóstico de situação, todos têm a licenciatura em enfermagem; 2 possuem pós-graduação em saúde mental e psiquiatria; 1 possui pós-graduação em saúde comunitária; e 1 possui mestrado em sexologia e pós-graduação em saúde mental e psiquiatria.

Todos os enfermeiros possuem mais de 5 anos de experiência em serviços de Psiquiatria exceto 1. A experiência em SUP varia de 1 ano a 5 anos.

A atividade de enfermagem desenvolvida no SUP tem características especiais quando comparada com o internamento. Os utentes ainda não se encontram com quadro clínico estável, muitas vezes dão entrada na urgência contra sua vontade e não reconhecem necessidade de ajuda. Assim a prestação de cuidados de enfermagem assume uma maior especificidade, tornando-se mais exigente para os enfermeiros que aqui exercem a sua atividade. Por outro lado, também torna mais frequente a ocorrência de comportamento agressivo, podendo este significar uma resposta perante a insegurança e a instabilidade do utente, pelo facto de estar num local que lhe é desconhecido, como é o SUP.

Duxbury e Whittington (2005) referem que os utentes percecionam o ambiente hospitalar e a falta de comunicação como precursor significativo da ocorrência de comportamento agressivo.

Segundo Irwin (2006, cit. in Bjorkdahl, 2010) a complexidade da violência causada pelos utentes sugere que as respostas dos enfermeiros devem ter uma abordagem compreensiva e baseada na prevenção, e medidas que impeçam a escalada da violência.

O comportamento violento anterior aumenta o risco de novo episódio violento associado a nova admissão uma vez que episódios violentos anteriores foram associados a um risco de episódios repetidos de violência (Bjorkdahl, 2010).

A previsão de violência repetida é um fator-chave para profissionais que trabalham nas unidades de intervenção psiquiátrica. O reconhecimento precoce de um utente em risco de repetir episódio de violência pode favorecer o desenvolvimento de

abordagens de intervenção (Haim et al., 2002; Chou et al., 2001 cit. in Grassi & Peron 2006).

Para este reconhecimento precoce é necessária formação. Bowers, Brennan, Flood, Lipang e Oladapo (2006, cit. in Cornaggia et al., 2011) afirmam que o treino dos enfermeiros reduz os eventos severos de agressão.

Whittington e Wykes (1996b; cit. in Lindow & McGeorge, 2000) referem que quando se ministra formação sobre procedimentos para lidar com utentes psiquiátricos violentos a taxa de agressão aos funcionários diminui em 31% (Lindow & McGeorge, 2000). Deste modo, salienta-se a importância da existência de programas de formação para um melhor controlo aquando da ocorrência do comportamento agressivo dos utentes e assim contribuir para que a ocorrência deste diminua, e caso ocorra, seja em menor gravidade.

De acordo com a literatura consultada, existem diferentes formas de atuar perante a ocorrência de comportamento agressivo. Os estudos a incidir sobre enfermeiros a exercer funções na urgência de psiquiatria são escassos predominando os estudos sobre os enfermeiros a trabalhar em urgência geral ou em unidades de internamento psiquiátrico.

No estudo de Marques e Mendes (2003) realizado em Coimbra, em dois Hospitais, num Hospital Psiquiátrico e num Hospital Geral, foram identificadas várias estratégias para lidar com situações de violência associadas a um número de indicadores.

Whittington e Wykes (1996, cit. in Marques & Mendes, 2003) destacam a comunicação, referindo que a existência de problemas na comunicação entre profissionais e doentes pode ter um papel importante no desencadear de comportamentos violentos. Uma elevada percentagem dos incidentes identificados, (86%), foi precedida de relação deficitária com os profissionais. Em concordância com esta avaliação, Tardiff (1996, cit. in Marques & Mendes, 2003) refere que a falta de conhecimento sobre como prevenir a violência e não provocar os doentes é um dos fatores do desenvolvimento da violência.

Kondo, Vilella, Borba, Paes e Maftum (2011), referem que numa situação de intensa agitação e comportamentos agressivos deve-se privilegiar a comunicação como procedimento de intervenção e como último recurso recorrer-se à contenção física quando as estratégias verbais não forem suficientes.

Mason e Chandley (1999, cit. in Marques & Mendes, 2003) referem que a imobilização física é utilizada, usualmente para o controlo da violência física, quando o perigo é iminente.

Para Cembrowicz, Ritter e Wriqth (2001, cit. in Marques & Mendes, 2003), podem ser utilizadas outras intervenções para prevenir e controlar a violência, como é o caso das habilidades comunicacionais.

Para Cornaggia et al. (2011) a harmonia entre a equipa, nomeadamente um bom clima de trabalho, parece ser mais útil na prevenção da ocorrência de comportamento agressivo do que todos os outros procedimentos utilizadas em contexto psiquiátrico.

Este estudo refere também que o número apropriado de enfermeiros, a não superlotação das enfermarias e o treino constante dos enfermeiros, constituem medidas importantes para lidar com o comportamento agressivo dos utentes em contexto psiquiátrico.

Whittington, Shuttlework e Hill (1996) apontam para que enfermeiros mais novos, com menor experiência profissional e menor treino no controle de situações de violência estão mais suscetíveis à ocorrência de comportamento agressivo. O mesmo estudo refere ainda que no campo da saúde mental estes resultados são significativamente piores, estando os enfermeiros que trabalham em psiquiatria mais suscetíveis a serem alvo de comportamento agressivo por parte dos utentes.

4 – PROCEDIMENTOS E RESULTADOS

4.1 – PROCEDIMENTOS

A entrevista foi o método escolhido para a recolha de dados porque permite uma maior proximidade com a população em estudo e uma maior adesão dos participantes comparativamente com outros métodos de recolha de dados. Possibilita também a recolha de maior quantidade de informação, bem como informação mais aprofundada sobre cada questão abordada na entrevista. Tal está de acordo com Lapierrière (2000, cit. in Fortin, 2006), quando defende que uma das principais vantagens da entrevista reside no contacto direto com a experiência individual das pessoas e permitir também uma maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos, uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas. Este método de colheita de dados também apresenta desvantagens, como o tempo requerido para a entrevista e os dados recolhidos poderem ser difíceis de codificar e de analisar (Lapierrière, 2000, cit. in Fortin, 2006). No presente diagnóstico de situação, as desvantagens da entrevista não constituem uma dificuldade pois a população entrevistada tem apenas 9 enfermeiros.

O modelo de entrevista escolhido foi o de uma entrevista semiestruturada pois permite um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões e a definição prévia de um guião permite um tratamento mais sistematizado dos resultados (Fortin, 1999).

O guião da entrevista foi construído e posteriormente foi realizado um pré-teste, o qual foi aplicado a duas enfermeiras com a especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a trabalhar no CHPL. Esta etapa é indispensável uma vez que permite avaliar a eficácia e pertinência do guião da entrevista (Fortin, 1999). As entrevistadas não tiveram dúvidas em relação às questões colocadas pelo que se considerou definitivo.

Para a realização do diagnóstico de situação foi contactado o enfermeiro coordenador da equipa do SUP do CHPL localizado no HCC, explicada a pertinência e objetivos e apresentado o guião.

Foi elaborado o pedido formal de autorização para a realização do diagnóstico de situação, e dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHPL. Neste pedido constou o tema, objetivos e o guião da entrevista para respetiva aprovação.

Após a autorização formal da realização das entrevistas, foi solicitada individualmente a colaboração dos enfermeiros da equipa, sendo explicitada a importância do tema abordado, bem como os objetivos a atingir. Foi também apresentado o consentimento informado e respeitados todos os procedimentos éticos. Tal como refere Streubert e Carpenter (2002, p.39), “*o consentimento informado exige que seja dada aos seres humanos informação verdadeira e suficiente, para os ajudar a decidir, se desejam ser participantes na investigação*”.

As entrevistas foram previamente agendadas com os enfermeiros da equipa e realizaram-se durante os meses de julho e agosto de 2010, tendo sido marcadas para um dia em que os enfermeiros estivessem a trabalhar de forma a não terem de se deslocar propositadamente ao serviço. Dos 14 enfermeiros da equipa só 9 participaram, uma vez que os 5 restantes, por motivo de férias, doença e recusa, não foram entrevistados.

Para que as entrevistas não fossem prejudicadas por ruídos, ou interrompidas, as mesmas foram realizadas numa sala previamente reservada. A sala era ampla, confortável, a mesa não muito grande permitindo que entrevistador e entrevistado se sentassem de forma perpendicular um ao outro e ao mesmo nível, para que o entrevistador não exercesse sob o entrevistado qualquer pressão ou posição de dominância. O ambiente informal onde decorreram as entrevistas permitiu que todos os entrevistados se sentissem confortáveis e motivados a responder às questões.

As entrevistas tiveram uma duração média de 17 minutos, foram realizadas de acordo com o guião previamente elaborado, recorrendo a um gravador áudio digital, para que fosse recolhida toda a informação sem qualquer adulteração de dados. A transcrição das mesmas foi efetuada individualmente após a sua realização, mantendo a confidencialidade dos dados.

Em cada questão colocada aos entrevistados foi abordada uma temática. Os dados referentes a cada temática foram esquematizados em quadros de modo a permitir uma melhor sistematização. Cada tema será alvo de análise pormenorizada e algumas temáticas foram ainda subdivididas.

Os temas encontram-se esquematizados de forma resumida no quadro apresentado no início do ponto seguinte.

4.2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quando se pretende conhecer os procedimentos dos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes, é importante analisar a sua experiência perante a existência desse comportamento, bem como a frequência e o modo como ocorre.

Todas estas temáticas foram abordadas na entrevista, não esquecendo que para uma melhor compreensão dos procedimentos adotados, é importante compreender se o modo como o enfermeiro comunica pode desencadear esses comportamentos nos utentes e quais os sinais demonstrados (pelos utentes) antes dessa ocorrência. Para um melhor enquadramento foram também identificadas as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em lidar com estas ocorrências e foi pedido que enumerassem algumas sugestões de forma a minimiza-las. Toda esta informação encontra-se sistematizada no quadro resumo abaixo apresentado.

Quadro I – Resumo das temáticas

Temas	Subtemas
Tipologia da agressão	Agressão verbal
	Agressão física
Influência dos quadros psiquiátricos	
Procedimentos dos enfermeiros	Estratégias comunicacionais
	Contenção química
	Contenção física
	Contenção mecânica
	Isolamento/contenção ambiental
Comunicação na indução de comportamentos agressivos	
Sinais que predizem o comportamento agressivo	Comunicação verbal
	Comunicação não-verbal
Dificuldades dos enfermeiros	
Sugestões dos enfermeiros	

A análise das entrevistas realizadas permitiu constatar que a experiência da agressão é transversal a todos os participantes, pois todos afirmaram já terem sido alvo de agressão, variando entre eles a frequência com que foram agredidos e o modo como a agressão foi efetuada.

Estes resultados vêm de encontro ao que é referido num estudo realizado por Cezar e Marziale (2006), o qual revela que todos os enfermeiros da urgência geral do hospital em estudo, já tinham sido agredidos, destacando-os assim como alvo central da violência desenvolvida contra os profissionais de saúde nos serviços de urgência.

Muitas vezes os utentes recorrem à urgência psiquiátrica em situação limite, após descompensação, levando à ocorrência de situações de auto e hétero agressividade, colocando em causa a sua própria segurança e a dos seus familiares.

Dentro da urgência hospitalar, a urgência psiquiátrica é um local ainda mais propício à existência de comportamento agressivo; Mayhew (2000, cit. in APNA, 2008) estimou que um em cada cinco eventos violentos são relatados em contexto psiquiátrico.

Para uma melhor compreensão da ocorrência do comportamento agressivo é importante quantificar a sua frequência. Nesta perspetiva inquiriram-se os enfermeiros sobre a frequência com que tinham sido alvo de agressão e foi construído o quadro abaixo de acordo com os dados obtidos.

Quadro II - Frequência de ocorrência de comportamento agressivo para com os enfermeiros

Frequência	Nº enfermeiros
Diariamente	3
Semanalmente	2
Mensal	2
Dificuldade na quantificação	2

Três enfermeiros afirmaram terem sido alvo de agressão diariamente. Este resultado é coerente com Vasconcellos, Abreu e Maia (2012) ao afirmarem que os enfermeiros do serviço de Urgência do Hospital Geral Duque de Caxias/ Rio de Janeiro estão expostos à violência no local de trabalho diariamente.

A conclusão das respostas dos inquiridos é de que a agressão dos utentes aos enfermeiros é uma constante no SUP, o que é coerente com os vários estudos consultados e anteriormente citados. Como prova disso um dos entrevistados refere:

(...) Quantas vezes fui agredido? (Hum) ... não consigo contar, mas já fui muitas vezes agredido, quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista verbal. (...)

(...) diariamente estamos sujeitos a esse tipo de situações, embora não costumo contabilizar isso. (E1)

Dois enfermeiros refeririam terem sido agredidos mensal e semanalmente.

Dois dos entrevistados manifestaram dificuldade de quantificação, ou seja, não conseguiram identificar com precisão a frequência com que costumam ser agredidos.

Relativamente à tipologia das agressões, verifica-se que foram enunciados dois tipos de agressão, a agressão verbal e agressão física. A agressão verbal foi referida pela totalidade dos participantes enquanto apenas 6 referiram ter sido alvo de agressão física.

Para cada um dos dois tipos de agressão cada enfermeiro identificou várias manifestações. Essa informação encontra-se sistematizada no quadro abaixo referido.

Quadro III - Tipologia da agressão

Tipo de Agressão	Manifestações	Nº de vezes que as manifestações foram referidas
Agressão verbal	Insultos	6
	Chantagem	3
	Ameaças	2
	Questionar a profissionalidade	1
Agressão física	Lesão cutânea	5
	Lesão articular	1
	Puxões	1
	Cuspidela	1

Das manifestações indicadas pelos enfermeiros como agressão verbal, o mais referenciado foi os insultos.

Os insultos surgem como a forma mais simples de agredir o outro, permitindo ao utente descarregar no enfermeiro a tensão negativa que está a sentir. Quando recorre ao SUP, o utente está a vivenciar uma situação stressante, algo que desorganizou o seu equilíbrio psicológico, ou apresenta uma descompensação do seu quadro clínico.

A chantagem constitui uma estratégia enunciada três vezes o que pode ser explicado por constituir uma forma do utente tentar obrigar o enfermeiro a ceder às suas exigências assumindo-se como uma forma de controlo da situação por parte do utente.

As ameaças foram enumeradas duas vezes, estas poderão ser uma forma do utente impor a sua vontade coagindo o enfermeiro, o que poderá fazer com que o utente se sinta superior e com algum domínio na situação.

Questionar a profissionalidade é uma manifestação de agressão e poderá ter como objetivo desacreditar o enfermeiro perante a equipa.

Com base na opinião dos enfermeiros inquiridos, a agressão verbal num contexto de Psiquiatria é comum. Como prova disso uma das entrevistadas afirma:

(...)Ao longo do dia é uma sucessão recorrente de agressão psicológica, a agressão verbal, ao longo do tempo é uma forma constante.(...)(E2)

Uzon (2003, cit. in Stone et al., 2010), num estudo sobre enfermeiros turcos, constatou que 100% dos enfermeiros que trabalham em psiquiatria sofrem agressão verbal em algum momento da sua prática

Manderino e Berkey (1997, cit. in APNA, 2008) estimaram que anualmente 90% dos enfermeiros sofrem abuso verbal.

Sofield e Salmond (2003, cit. in Stone et al., 2010) referem que apesar da maioria dos casos de agressão verbal continuarem a não ser registados a sua incidência está a aumentar.

Os resultados das entrevistas vão também ao encontro do que referem Cezar e Marziale (2006), onde 93,3% dos enfermeiros referiram ter sido alvo de agressões verbais, e 16,7% de agressões físicas.

Os entrevistados referem pontapés, arranhadelas e socos como as lesões cutâneas mais comuns associadas à agressão física; enquanto as lesões articulares, os puxões e as cuspidelas, são referidas apenas uma vez, não sendo a sua expressão significativa. Todavia, acredito que qualquer das formas de agressão anteriormente referidas pode ser

justificada pela grande proximidade física exigida para a prestação de cuidados de enfermagem. Na verdade, uma vez aumentada a proximidade física, relativamente a alguém que está de alguma forma descompensado, tornamo-nos mais vulneráveis a ser alvo de agressão física por parte desse indivíduo.

O quadro psiquiátrico que o utente apresenta também pode influenciar a ocorrência de comportamento agressivo. Segundo o estudo realizado pelo Epidemiology Catchment Area (Swanson, Holzer, Ganju & Jonio, 1989, cit. in Cornaggia et al., 2011), a incidência de episódios violentos envolvendo doentes com desordens psiquiátricas (Esquizofrenia, Mania, Depressão Major e Bipolar) é 5 vezes superior à que ocorre na população em geral e em associação com álcool e substâncias sobe para 16 vezes

A temática, tipos de quadros psiquiátricos, surgiu naturalmente no decorrer da entrevista, não fazendo parte de nenhuma pergunta do guião. Foi abordada por 6 dos entrevistados que identificaram os quadros que mais frequentemente desencadeiam comportamento agressivo. Estes encontram-se esquematizados no quadro abaixo.

Três enfermeiros não referiram os quadros psiquiátricos, o que poderá estar relacionado com o facto de se limitarem a responder às questões ou de não atribuírem relevância a esta temática.

Quadro IV – Tipos de quadros psiquiátricos referidos pelos enfermeiros

Tipos de quadros psiquiátricos	Nº enfermeiros
Psicose com ideias delirantes	3
Bipolar em fase maníaca	2
Descompensação psiquiátrica	1
Total	6

A psicose com ideias delirantes é o quadro clínico mais referenciado.

Uma das entrevistadas refere:

(...) quando ele no meio do delírio acha que o enfermeiro é outra pessoa qualquer, tem alguma coisa, contra essa pessoa, poderá ficar agressivo, (Hum) ... ou então aqueles esquizofrénicos, com delírios paranoides, que acha que toda a gente lhes quer fazer mal, nós somos mais um, que lhes queremos fazer mal, portanto ... poderá dar-lhe para agressividade. (E7)

Estes resultados estão de acordo com Stone et al. (2010), ao concluírem que pacientes com diagnóstico de psicose são mais propensos a desenvolver comportamento agressivo, e com Bullard (2001, cit. in Rosa, 2008) quando referem que os sintomas psicóticos associados a alienação do pensamento e delírio persecutório aumentam o risco de violência.

Este quadro psiquiátrico é o mais propenso a desencadear comportamento agressivo, pois segundo o modelo proposto por Hiday (1995, cit. in Rosa, 2008), psicoses ativas com sintomas bizarros conduzem a situações de tensão e posteriormente à violência, psicoses ativas em interação com desconfiança ou suspeição causam sintomas de ameaças e perda de controlo, conduzindo direta ou indiretamente à violência em situações de tensão.

O utente com psicose com ideias delirantes apresenta uma noção da realidade alterada, podendo reconhecer as pessoas que o rodeiam como inimigas. O mesmo acontece com os utentes que apresentam ideias delirantes de temática persecutória.

O quadro psiquiátrico em que os utentes bipolares se encontram em fase maníaca é enunciado por dois dos inquiridos, estes dados são coerentes com diversos estudos que defendem a hipótese de que os doentes bipolares são responsáveis por episódios de violência sobretudo na fase aguda de episódios maníacos com psicose (Yesavage, 1983; Feldman, 2001, cit. in Rosa, 2008).

Nestas situações os utentes em fase maníaca, muitas vezes apresentam um quadro de agitação psicomotora, postura altiva, agressividade verbal, bastante reativos a estímulos externos e por vezes pode resultar em hétero agressividade física.

A descompensação psiquiátrica foi referida por um dos inquiridos, nela se incluem as descompensações relativas a várias doenças psiquiátricas (perturbações psicóticas, da personalidade, ansiedade, humor, stress) nas quais o utente se encontra inquieto, ansioso, tenso, desconfiado ou com ideias delirantes podendo resultar em agressividade.

Aquando da ocorrência do comportamento agressivo, existem vários procedimentos que podem ser adotados no sentido de controlar esse comportamento e impedir que este se agrave. De acordo com os entrevistados, foi possível identificar 5 procedimentos, que se encontram esquematizados no quadro abaixo.

Quadro V – Procedimentos utilizados pelos enfermeiros face ao comportamento agressivo dos utentes

Procedimentos dos enfermeiros	Estratégias comunicacionais
	Contenção química
	Contenção física
	Contenção mecânica
	Isolamento/contenção ambiental

Para Cembrowicz, Ritter e Wrigth (2001, cit. in Marques & Mendes, 2003) podem ser utilizados vários procedimentos para prevenir e controlar a violência, como é o caso das habilidades comunicacionais.

As estratégias comunicacionais foram as mais destacadas pelos enfermeiros para controlar a ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes, a sua utilização é comum a todos os entrevistados. Estas estratégias são também defendidas por Hamrin et al. (2009, cit. in Cornaggia et al., 2011) quando apontam as boas técnicas de comunicação como estratégia para reduzir a agressividade do utente.

A comunicação assume uma importância extrema no relacionamento humano pois como referem Watzlawick, Beavin e Jackson (1993), não se pode não comunicar, numa interação todo o comportamento tem valor de mensagem, é comunicação. Também na relação enfermeiro-utente a comunicação é primordial, constituindo uma importante estratégia para controlar os comportamentos agressivos.

Vários autores enfatizam as estratégias comunicacionais como um procedimento necessário para o controlo dos comportamentos agressivos. Björkdahl (2010), defende-as como medidas que permitem impedir a escalada da violência.

As estratégias comunicacionais podem ser de vários tipos, tendo cada enfermeiro referido as que utiliza mais frequentemente. Para uma melhor sistematização dos resultados, os tipos de estratégias comunicacionais foram agrupados em comunicação verbal e não-verbal e encontram-se esquematizados no quadro abaixo.

Quadro VI - Estratégias comunicacionais referidas pelos enfermeiros

Tipos de Estratégias comunicacionais		Nº de vezes que cada estratégia foi referida	Total
Comunicação não-verbal	Atitude calma	5	10
	Disponibilidade e escuta ativa	3	
	Respeitar a proxémia	1	
	Incentivar a expressão de sentimentos	1	
Comunicação verbal	Estabelecer um diálogo	4	10
	Informar e explicar o benefício das intervenções	2	
	Técnicas de negociação	1	
	Questionar o utente face à sua agressividade	1	
	Não mentir	1	
	Não confrontar o utente	1	

Nas estratégias comunicacionais, a comunicação verbal e não-verbal são referidas em igual número, sendo reforçado pelos entrevistados a necessidade de estas estarem em sintonia e serem coerentes entre si, o que as torna importantes e indissociáveis.

Segundo Phaneuf (2005), as palavras traduzem o que a razão quer emitir, e a atitude e os comportamentos são portadores das opiniões e dos sentimentos a esse respeito. A comunicação não-verbal tem de estar em consonância com a verbal. No caso da comunicação verbal e não-verbal contraditória, é o significado da comunicação não-verbal que é retido e a comunicação torna-se falseada. É necessário existir coerência entre o que se diz e sente uma vez que o utente se apercebe e poderá interferir na relação terapêutica.

(...) Portanto, a comunicação é vital ..., a comunicação verbal e a não-verbal, não é só verbal, a forma como é a minha postura, a ansiedade com que eu ando, a agitação, os doentes percebem isso (...) (E2)

Nas estratégias comunicacionais não-verbais, a expressão de atitude calma e a disponibilidade para o outro, constituem a melhor ferramenta para o enfermeiro

conquistar a confiança do utente e obter a sua colaboração no processo terapêutico e assim diminuir a possibilidade de ocorrência de comportamento agressivo.

A atitude calma constitui a estratégia comunicacional mais referenciada pelos enfermeiros o que é justificado por Phaneuf (2005) quando defende que um corpo em postura descontraída acalma também o espírito.

Um dos entrevistados referiu: (...) *Doentes muito agressivos em que eu tenho uma abordagem muito calma, não respondo a agressividade da mesma forma, ou seja o utente esta muito desorganizado e muito agressivo e a minha postura vai ser uma postura calma, falo de uma forma tranquila, interajo numa perspetiva muito apaziguadora e o utente reage muito bem em relação a isso, deixa de estar agressivo, entra nesta onda ...(...)* (E2).

A atitude calma também é referida por Lowe et al. (2003, cit. in Björkdahl, 2010) como uma forma de impedir que o comportamento agressivo evolua para uma situação mais grave. Também Stathopoulou (2003) recomenda que para a gestão de eventos violentos em ambientes hospitalares, manter sempre uma atitude calma usando um tom firme é fundamental.

Uma outra estratégia comunicacional referida pelos enfermeiros entrevistados foi a disponibilidade e escuta ativa. A sua importância é evidenciada por Maftum e Stefanelli (2000, cit. in Kondo et al., 2011) ao referir que o relacionamento terapêutico pode ser estabelecido recorrendo a técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação de mensagens verbal e não-verbal.

Para o entrevistado E5 (...) *são as principais bases da relação de confiança, mostrar disponibilidade, mostrar presença, (Hum) ... e vem muita coisa ao de cima, tens de ter ... depende da situação ... se for necessário uma atitude de escuta (...)* ” (E5)

Ainda que em menor número os enfermeiros também referiram o respeitar a proximidade e a expressão de sentimentos.

Respeitar a proximidade implica respeitar a distância enfermeiro-utente enquanto se estabelece a comunicação, constituindo isto um fator importante uma vez que se não for respeitada o utente poderá sentir o seu espaço invadido e sentir-se ameaçado. A prestação de cuidados de enfermagem deve decorrer num espaço pessoal (entre 40 cm e 1 m), porém por vezes existe a necessidade de desenvolver esses cuidados com maior proximidade física com os utentes. Quando se transgride a distância pessoal passando

para o espaço íntimo a situação pode tornar-se instável, sendo neste contexto que a agressão física tem mais probabilidade de acontecer.

Para evitar ser agredido fisicamente por um utente verbalmente agressivo e com agitação psicomotora, deve manter-se uma distância de forma a não ser alcançado e numa fase inicial manter o diálogo de forma a diminuir a tensão.

*É preciso (...tentar manter uma atitude calma, apesar de estar agressivo(...)
tentar comunicar com ele sempre (...) apesar de manter uma distancia física, que eu acho que se deve manter, foi por isso que na outra vez fui agredida porque não mantive essa distancia adequada (...) portanto manter essa distancia física (...)" (E9)*

Incentivar a expressão de sentimentos pode contribuir para diminuir tensão, exteriorizando situações de ansiedade, tensão que o utente possa sentir, nomeadamente angústias, preocupações ou descontentamento em relação a membros da equipa e serviço prestado, diminuindo o risco ou cessando o comportamento agressivo.

A comunicação verbal é o conjunto de mensagens utilizado pelos seres humanos no seu quotidiano, ou seja, linguagem verbal – falada e escrita (Stefanelli, Fakuda, Abrantes, 2008).

Dentro das estratégias comunicacionais verbais o estabelecimento de um diálogo com os utentes, informa-los e explicar-lhes o benefício das intervenções constituem na opinião dos enfermeiros entrevistados os mais eficazes no controlo do comportamento agressivo, (...)”*É assim a ... depende do estado da pessoa, se esta estiver capaz de ter um dialogo, tento argumentar de forma lógica, mas se a pessoa não for capaz de entender a situação tenho que deixar a pessoa acalmar-se(...)* E5

O estabelecimento de um diálogo constitui uma importante estratégia de comunicação pois a capacidade do enfermeiro em dialogar com os seus utentes é talvez uma das mais importantes competências da enfermagem. Em saúde mental e psiquiatria assume uma maior importância pois estamos a trabalhar com utentes descompensados, num ambiente desconhecido que por si só pode desencadear a ocorrência de comportamento agressivo. Ora a capacidade do enfermeiro em dialogar com os utentes permite-lhe ficar mais próximo destes e assim controlar o comportamento agressivo quando este tiver início. Deste modo, tende-se a impedir que o comportamento evolua e possa ser mais grave ou simplesmente o comportamento pode mesmo cessar.

Explicando o benefício das intervenções é mais fácil a adesão do utente ao processo terapêutico. Campos e Teixeira (2001) realçam a importância da comunicação

como forma de persuadir o utente a aceitar o internamento e manutenção de medicação e contenção. Todavia também apresenta limitações, o utente confuso não vai perceber/assimilar a explicação e o utente com défice cognitivo ou demenciado, também poderá não ter capacidade absoluta de descodificar a mensagem da comunicação.

As técnicas de negociação apenas foram referidas por um enfermeiro. A sua principal vantagem consiste na transferência de poder de decisão para o utente, porém apenas é passível de utilizar em utentes conscientes e colaborantes, em utentes com alterações psiquiátricas como delírios e alucinações enraizadas não é possível. Segundo Lowe et al. (2003, cit. in Björkdahl, 2010) estas técnicas podem impedir o agravamento do comportamento agressivo, tentando convencer o utente a cessar o comportamento.

Foi ainda identificada como estratégia comunicacional, questionar o utente face à agressividade, levando-o a repensar a atitude tomada e por si próprio decidir cessá-la.

Não mentir e não confrontar o doente, foram estratégias também referidas, mas apenas uma única vez. Ao faltar à verdade o enfermeiro perde a confiança do doente e a relação estabelecida entre ambos fica comprometida. Quanto ao confronto, colocam-se as atitudes do utente em questão, o que em pacientes com alterações psiquiátricas pode levar a que estes não refletindo sobre os seus comportamentos, não os controlem.

Maftum e Stefanelli (2000, cit. in Kondo et al., 2011) defendem que, para que a comunicação terapêutica ocorra o profissional tem de ser discreto, honesto, calmo, não ameaçador e transmitir aos utentes de que está no controlo da situação, agir de forma decisiva para proteger o utente de danos contra si e terceiros, recorrendo à empatia para planeamento e avaliação da intervenção.

Campos e Teixeira (2001), indicam que a comunicação é um importante instrumento para o relacionamento interpessoal com o doente mental. Os entrevistados manifestam a importância de priorizar as estratégias comunicacionais em detrimento da contenção física.

Quando não é possível parar o comportamento agressivo através das estratégias comunicacionais surge a necessidade de utilizar outros procedimentos mais invasivos, porém por vezes mais eficazes. É neste contexto que se enquadram as várias medidas de contenção utilizadas em psiquiatria, nomeadamente, a contenção física, química, mecânica e ambiental (isolamento).

A contenção física pode ser definida como uma situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um utente, deslocam ou bloqueiam o seu

movimento para impedir a exposição a uma situação de risco, (DGS, 2011). Constitui uma importante estratégia para controlar a ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes, porém a sua utilização tem de obedecer a rigorosos critérios.

Durante a entrevista, a contenção física foi nomeada pelos enfermeiros, sendo que, 5 inquiridos referiram que só deve ser utilizada na ineficácia da comunicação, o que demonstra que não constitui um procedimento de primeira linha no controlo do comportamento agressivo. Este resultado está de acordo com Kondo et al. (2011), para os quais numa situação de intensa agitação e comportamento agressivo se deve privilegiar a comunicação como procedimento de intervenção e só como último recurso, recorrer-se à contenção física, para a qual é necessária a colaboração da equipa (referida por 4 participantes), pois para que ocorra contenção física tem de existir a presença de outros elementos da equipa.

Nas entrevistas foi afirmado que este tipo de contenção é utilizado na tentativa de agressão física e agitação exacerbada do utente, enfatizando-se novamente a importância de a contenção física não ser uma estratégia de primeira linha no controlo do comportamento agressivo. Esta ideia é também apoiada por Mason e Chandley (1999, cit. in Marques & Mendes, 2003) quando defendem que a imobilização física é utilizada, usualmente para o controlo da violência física, quando o perigo é iminente.

Dois enfermeiros enunciaram que a utilização deste tipo de contenção deve ser momentânea, o que pode ser justificado por poder ser fisicamente e emocionalmente lesiva para o utente.

Apenas um enfermeiro defendeu a importância da presença masculina na aplicação de contenção física, o que poderá estar relacionado com a maior capacidade física dos indivíduos do sexo masculino.

Os entrevistados referem que a contenção física antecede a contenção química, mecânica e isolamento. Também Björkdahl (2010) defende esta ordem de procedimentos.

A contenção química ou farmacológica, pode ser definida como a utilização de medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial, do utente (DGS, 2011). Esta apresenta-se como um importante procedimento de intervenção no controle da ocorrência de comportamento agressivo, no entanto, a decisão da sua utilização, bem como a escolha da terapêutica a administrar é da competência médica.

A contenção química tem como objetivo acalmar o utente. Um dos critérios enunciados para a sua administração consiste em informar o utente sobre a importância de fazer a medicação e que caso não a aceite, informar-se-á o médico que decidirá sobre o possível recurso ao internamento compulsivo e consequente imposição do tratamento. Outro dos critérios enunciados consiste na observação e monitorização da resposta do utente à medicação.

De entre as diferentes vias de administração de fármacos ao dispor do enfermeiro, este deve sempre priorizar a via oral, uma vez que é a menos invasiva para o utente. Só quando não é possível administrar por esta via, porque o doente se encontra muito agitado, muito agressivo ou se se pretende uma rápida atuação da medicação, se optam por outras vias de administração.

A contenção mecânica é definida como uma situação em que se utilizam instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do utente (DGS, 2011).

A contenção mecânica encontra-se estritamente regulamentada pela lei e requer decisão da equipa clínica para a sua aplicação (DGS, 2011), pois ainda que os utentes não sejam magoados fisicamente, podem sentir-se psicologicamente afetados e a sua integridade ofendida, levando a sentir medo ansiedade e desrespeito (Olofsson & Jacobsson, 2001 cit. in Björkdahl, 2010). Porém constitui uma importante ferramenta ao dispor dos enfermeiros que trabalham em psiquiatria pois como Fisher (1994, cit. in Campos, 2006) refere, é quase impossível desenvolver um programa para utentes com quadros clínicos muito graves sem proceder a alguma forma de contenção física ou mecânica.

Dos entrevistados, 4 defenderam que a contenção mecânica só pode ser utilizada na ineficácia da comunicação e após a utilização da contenção física. A contenção mecânica nunca é um procedimento de intervenção de primeira linha.

Destaca-se ainda a sua importância como medida para prevenir a auto e hétero-agressividade. Assim, um inquirido mencionou este tipo de contenção como medida de proteção do utente agressivo, manobra que se insere na prevenção da autoagressão. Dois dos inquiridos referiram a importância da sua utilização para proteção dos elementos da equipa e dos outros utentes, manobra que se insere na prevenção da hétero-agressividade.

A contenção ambiental, por sua vez, pode ser definida como o recurso a alterações que controlam a mobilidade do doente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço

fechado ou limitado onde o doente pode deambular em segurança, com supervisão clínica (DGS, 2011).

Esta contenção é enunciada por 3 enfermeiros, que defendem a importância da diminuição de estímulos e o isolamento dos utentes como forma de os acalmar.

A importância da utilização do isolamento está de acordo com Schermer (2003, cit. in Jonker et al., 2008) e Duxbury e Whittington (2005) ao referirem que, para os enfermeiros psiquiátricos o isolamento tem uma eficiência demonstrada no controle dos comportamentos agressivos dos utentes.

Por outro lado, Whittington et al. (2006, cit. in Björkdahl, 2010) referem que as medidas restritivas (isolamento, contenção física e mecânica) devem ter uma utilização mínima e ser vistas como uma falha no tratamento ou ser inclusivamente completamente abolidas.

As medidas restritivas ao impedir os movimentos do utente e a sua livre circulação, não respeitam a sua vontade, podendo até ser física e emocionalmente lesivas, o que pode afetar a relação enfermeiro-utente (Fisher, 2003, cit. in Foster, Bower & Nijman 2007).

Também Jonker et al. (2008) defendem que as medidas de contenção podem interferir na relação enfermeiro-utente e reforçam o uso e treino das habilidades comunicacionais pelos enfermeiros para controlo do comportamento agressivo.

Tardiff (1996, cit. in Rosa, 2008) defende que os doentes maníacos se tornam agressivos em situações em que se sentem de alguma forma contidos, sendo-lhes negado o direito à autodeterminação.

As várias medidas de contenção apenas servem para atuar depois do comportamento agressivo ter ocorrido, para o controlar ou cessar. Porém, é importante identificar o que o pode desencadear.

Assim, para se perceber melhor o papel que a comunicação pode ter na indução de comportamentos agressivos, questionou-se os enfermeiros no sentido de perceber se a forma como se comunica com o utente poder induzir esses comportamentos e de que modo.

De acordo com Watzlawick et al. (1993), a forma como se comunica influencia o comportamento das pessoas desde que estejam mutuamente conscientes da presença uns dos outros, ou seja, qualquer comportamento de uma pessoa afeta sempre de algum modo o comportamento das pessoas à sua volta. Na mesma linha de pensamento,

Whittington e Wykes (1996, cit.in Marques & Mendes, 2003), defendem que a existência de problemas na comunicação enfermeiro-utente pode desencadear a ocorrência de comportamento agressivo por parte do utente.

A opinião dos inquiridos foi unanime e concordante com os autores supracitados, sendo afirmado pelos primeiros, que a relação comunicação/comportamento é fortemente influenciada pelas características da comunicação utilizada. As respostas obtidas foram agrupadas segundo essas características, cada entrevistado referiu várias e as mesmas encontram-se esquematizadas no quadro abaixo.

Quadro VII - Comunicação na indução de comportamentos agressivos

Características da comunicação	Nº de vezes referidas
Discurso agressivo	6
Comportamento agressivo/Use da força	3
Desonestidade	3
Não estar disponível	3
Abordagem provocatória, arrogante, faltar ao respeito	3
Impor algo que o utente não queira	1
Ansiedade e inquietação	1
Ausência de assertividade	1

O discurso agressivo pode induzir comportamento agressivo, pois como afirma Phaneuf (2005) agressividade gera agressividade. Este tipo de comunicação é nomeado por 6 dos enfermeiros, um dos quais afirma: “(...)Se tiver um discurso muito agressivo e se o doente está tenso, renitente em relação ao internamento, se eu partir com agressividade, acho que vou desencadear uma reação de explosividade no doente. (...)”(E1)

Três dos entrevistados defendem que não estar disponível pode desencadear comportamento agressivo. Se o enfermeiro não se mostrar disponível o utente pode interpretar esta posição como afastamento ou indiferença em relação ao processo terapêutico. No Reino Unido, Duxbury et al. (2005), referem que os utentes

percecionam a falta de comunicação dos enfermeiros com os utentes, como precursoras de um comportamento agressivo.

Os inquiridos afirmaram que uma abordagem provocatória, arrogante e faltar ao respeito ao utente, são comportamentos que podem desencadear comportamento agressivo e como tal devem ser evitadas devendo o enfermeiro apresentar uma postura que compreenda o utente numa abordagem holística tendo em conta a pessoa como um todo. Para Chalifour (1989) é essencial ter em conta o utente numa perspetiva holística, nunca esquecendo que o objeto do cuidado é a pessoa como um todo.

Foi feita referência a que não se deve impor algo que o utente não queira, pois, o utente tem o poder de decisão e tem de ser proactivo no processo terapêutico, devendo o enfermeiro procurar a sua colaboração em todo este processo. O estilo autoritário do enfermeiro, na verdade, pode desencadear a ocorrência de comportamento agressivo por parte do utente (Lance et al., 1995; Chang et al., 1997 cit. in Duxbury et al., 2005).

A comunicação do enfermeiro não pode ser geradora de ansiedade e inquietação, nem ter ausência de assertividade, pois empatia, confiança e respeito mútuo são componentes-chave da comunicação humana, para que esta seja efetiva ou terapêutica. Sempre que estes elementos estão ausentes, estão criadas as condições para gerar uma relação conflituosa (Stefanelli et al., 2008).

Perante a ocorrência de comportamento agressivo, existem alguns aspetos que convém abordar para melhor perceber os procedimentos adotados pelos enfermeiros. Por vezes, previamente à ocorrência de comportamento agressivo os utentes manifestam alguns sinais. Se for possível aos enfermeiros a identificação dos mesmos, estes podem atuar de modo a impedir o desencadeamento ou agravamento desse comportamento. O reconhecimento precoce de um utente em risco de repetir episódio de violência, pode favorecer o desenvolvimento de abordagens de intervenção. (Haim et al., 2002; Chou et al., 2001 cit. in Grassi & Peron, 2006).

Os enfermeiros entrevistados nomearam alguns sinais que permitem predizer o comportamento agressivo. Após a análise das respostas foi construído um quadro onde os sinais enunciados foram agrupados em 2 grandes grupos, a comunicação não-verbal e a comunicação verbal (Quadro VIII).

Cada enfermeiro enumerou vários sinais, razão pela qual o total de enumerados é bastante superior ao número de inquiridos.

Quadro VIII - Sinais que predizem o comportamento agressivo

		Nº de vezes que os sinais foram referidos	Total
Comunicação não-verbal	Corpo tenso	6	37
	Gesticulação	5	
	Cruzar braços	5	
	Apertar as mãos, boca, maxilares e cerrar dentes	5	
	Tom de voz alto/gritar	4	
	Inquietação/agitação	4	
	Olhar fixo	3	
	Postura desconfiada	3	
	Ansioso	2	
Comunicação verbal	Ameaças, insultos	3	5
	Discurso delirante	1	
	Fraca oralidade	1	

Os sinais agrupados como comunicação não-verbal constituem na opinião dos inquiridos aqueles que melhor permitem predizer a ocorrência de comportamento agressivo uma vez que foram referidos em maior número.

Este resultado está coerente com Stefanelli et al. (2008) que defendem que o utente pode não manifestar comunicação verbal, mas irá sempre apresentar comportamentos que nos transmitem informações sobre o que está a sentir, expressando de modo não-verbal, mensagens mais honestas. Por outras palavras, um utente pode comunicar verbalmente de uma forma mais adequada, no entanto acaba por expressar agressividade por meio de gestos, postura, expressão facial ou orientação do corpo, todos eles manifestações não-verbais. Estes sinais não sendo intencionais, quando manifestados, podem fornecer indicações sobre estados emocionais dos utentes permitindo prever situações de agressividade, o que facilmente se identifica nas seguintes respostas:

*(...) apercebemo-nos que o utente está tenso, sem ele sequer abrir a boca e que é o utente poder ter uma atitude agressiva, só pela postura corporal dele, por exemplo o cruzar os braços, o não olhar de frente, o apertar as mãos, o cerrar os dentes, a boca, as maxilas, toda esta linguagem corporal é de extrema importância, e relevância (...)*E2

Recorrendo à comunicação verbal, os utentes podem sentir-se pressionados a dizer o que os outros esperam ouvir, sendo também mais fácil manipular a palavra do que a comunicação não-verbal.

A comunicação não-verbal apresenta assim inúmeras vantagens no processo comunicativo, podendo reforçar ou negar a mensagem falada, demonstrando congruência ou incongruência neste processo.

Dos sinais pertencentes à comunicação não-verbal, o mais referenciado foi o utente apresentar o corpo tenso. Também foram várias vezes nomeados, gesticular de forma exagerada, cruzar os braços e apertar mãos, boca, maxilar e cerrar dentes. Todos estes sinais de comunicação não-verbal tornam possível identificar sentimentos nos utentes mesmo antes de serem verbalizados, o que é suportado pelas seguintes respostas:

(...) punhos cerrados ... o abrir e fechar dos maxilares, portanto, o ... cada vez que estão a morder, os masséteres, normalmente notam-se bem, (Hum) ... as jugulares ingurgitadas,(...)Mas ... normalmente, o que há mesmo antes do comportamento agressivo, quase sempre é isso, punhos cerrados ..., (Hum) ... o doente preparar-se para bater.(E7)

Estando atento à postura, gestos e mimica é possível perceber melhor o utente, o que assume uma importância extrema; segundo Chalifour (2008), detetar precocemente a agitação do utente, permite intervir rapidamente e prevenir a violência.

Em menor número, mas ainda de forma significativa foram enumerados, o tom de voz alto/gritar, a inquietação/agitação do utente quando recorre à urgência de psiquiatria, o que significa que o utente se encontra sob tensão e poderá reagir exacerbadamente a um qualquer estímulo por menor que seja.

O utente apresentar olhar fixo e postura desconfiada, podem ser indicativos de que este se sente ameaçado e inseguro o que pode desencadear comportamentos agressivos da sua parte.

O utente apresentar-se ansioso foi um sinal enumerado duas vezes. A ansiedade pode ser considerada como uma resposta a uma ameaça desconhecida. O utente apresentando-se em estado de alerta permanente, pode reconhecer qualquer elemento do serviço como uma potencial ameaça á sua integridade e reagir sobre estes, manifestando comportamentos agressivos.

Como sinais relacionados com a comunicação verbal foram referidas as ameaças e insultos, o discurso delirante e o utente com fraca oralidade.

As ameaças e os insultos constituem os sinais mais diretos de que existe probabilidade de ocorrer comportamentos agressivos por parte do utente, porque os insultos já constituem eles próprios um tipo de agressão, a agressão verbal.

O discurso delirante também constitui um forte indicador da ocorrência de comportamento agressivo, pois o utente encontra-se distanciado da realidade podendo fazer falsos reconhecimentos como por exemplo identificar o enfermeiro como inimigo, o que é ilustrado pela seguinte resposta (...) *ou então quando estão muito delirantes, e em termos verbais, consegues perceber se a situação vai dar para a agressividade ou não. .(E7)*

Por outro lado, o utente apresentar-se no SUP com fraca oralidade pode ser indicador de que se encontra muito centrado em si e distanciado do meio onde se encontra o que dificulta a previsão e compreensão do seu comportamento por parte do enfermeiro.

A comunicação verbal encontra-se sempre associada à comunicação não-verbal, sendo que a sua utilização simultânea oferece aos enfermeiros instrumentos para que desenvolvam intervenções mais apropriadas.

A identificação dos sinais que predizem o comportamento agressivo assume uma importância extrema no controlo e ocorrência do mesmo, como já foi referido anteriormente, porém exige alguma perícia da parte dos enfermeiros assim como treino constante. Gacki-Smith e Boyett (2009) afirmam que existe formação insuficiente do pessoal em reconhecer utentes potencialmente agressivos.

De acordo com a minha prática clínica e com o feedback transmitido por alguns colegas, constatou-se a existência de algumas dificuldades no atendimento do utente em situação de agressividade no SUP. Para melhor perceber essa realidade, pediu-se aos enfermeiros que as identificassem. As dificuldades sentidas foram analisadas, agrupadas e encontram-se esquematizadas no quadro abaixo.

Quadro IX - Dificuldades dos enfermeiros

	Nº de vezes que as referiram
Formação	9
Gestão do espaço físico	4
Recursos Humanos	3
Trabalho interdisciplinar	3
Segurança	2
Decisões médicas	2
Gestão de material	1

A principal dificuldade apontada pelos enfermeiros foi a pouca formação da equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais), em lidar com a ocorrência de comportamento agressivo dos utentes. Esta dificuldade foi referida por todos os enfermeiros entrevistados. A formação permite à equipa aquisição de competências no saber fazer, saber estar que permite maior eficiência de atuação.

A necessidade de formação sobre os procedimentos utilizados para lidar com utentes psiquiátricos violentos é referida por Whittington e Wykes (1996b; cit. in Lindow & McGeorge, 2000). Neste estudo de caso-controlo, realizado no Reino Unido, ministrou-se um programa de treino de um dia num grupo constituído por 42 enfermeiros. Verificou-se que a taxa de agressão aos funcionários diminuiu em 31% quando alguns dos funcionários foram treinados; porém, esta taxa melhora quando mais de metade dos funcionários frequenta programas de treino. A principal limitação do estudo está relacionada com a ausência de detalhes sobre o conteúdo do treino.

A segunda dificuldade está relacionada com a gestão do espaço físico. Por um lado, o espaço físico do SUP é limitado e com uma deficiente organização, o que dificulta a movimentação da equipa numa situação de intervenção; por outro lado, a superlotação no corredor junto aos gabinetes médicos causa agitação e menor espaço

para a equipa se movimentar, dificultando a rápida atuação em situação de agressividade.

Na dificuldade relacionada com os recursos humanos, integra-se o número de enfermeiros e assistentes operacionais insuficientes para as necessidades do SUP. O número reduzido de profissionais diminui a disponibilidade da equipa para cada utente, reduzindo a qualidade da resposta terapêutica prestada aos utentes.

Cornaggia et al., (2011) referem que o número apropriado de enfermeiros, a não superlotação das enfermarias e o treino constante dos enfermeiros, constituem medidas importantes para lidar com o comportamento agressivo dos utentes em contexto psiquiátrico, o que fornece suporte teórico às dificuldades referidas pelos inquiridos.

Lanza (1983; cit. in Rosa, 2008) refere que é necessário diminuir a agitação no interior dos serviços e aumentar o número de profissionais de forma a diminuir a percentagem de agressão.

No trabalho interdisciplinar, incluem-se dificuldades ao nível da atuação em conjunto e de forma uniformizada da equipa multidisciplinar, e a falta de colaboração entre a equipa médica e de enfermagem. A uniformização de procedimentos permite que independentemente do pessoal que estiver de serviço, a resposta terapêutica perante a agressividade dos utentes seja efetuada da mesma forma. A atuação conjunta da equipa médica e de enfermagem torna mais fácil o controlo do comportamento agressivo ou pode mesmo fazer com que este cesse.

A nível da segurança os enfermeiros referiram a falta de apoio da polícia e falta de segurança. Gacki-Smith e Boyett (2009) defendem a criação de um ambiente mais seguro, o que é possível, de entre outras opções, através de seguranças armados e posicionados de forma visível.

Nas dificuldades relacionadas com a decisão médica, incluem-se o médico não comunicar o internamento ao utente e dispensar o segurança e o polícia que acompanha o utente. Na primeira situação, o médico passa para a equipa de enfermagem essa responsabilidade, o que pode conduzir a que o utente transfira para esta equipa o stress, a angústia e a frustração que a situação lhe provoca, o que por si só pode desencadear comportamento agressivo. A segunda situação leva a que o utente se sinta mais liberto, menos coagido e com maior domínio devido à ausência de fatores relacionados com a representação social da autoridade e respeito pela polícia, situação que poderá mais facilmente desencadear um comportamento agressivo.

Ao nível dos recursos materiais, a dificuldade enumerada está relacionada com a falta de material de contenção. Esta situação torna a atuação da equipa menos eficaz, uma vez que pode haver necessidade de limitar os movimentos do utente evitando que a situação de agressividade evolua.

Poster e Ryan, num estudo realizado em 1980 num Hospital Universitário Psiquiátrico na Califórnia, destacam uma preocupação de âmbito nacional entre os enfermeiros, acerca de questões sobre segurança, e conclui-se que garantir um ambiente de trabalho seguro requer uma melhor formação, pessoal mais adequado e um plano de segurança para proteger o pessoal, os pacientes, e outros, (Poster & Ryan, 1994)

Perante a identificação das dificuldades sentidas pelos enfermeiros aquando da ocorrência de comportamento agressivo, é necessário procurar soluções, definir com precisão os procedimentos a utilizar, de modo a minimizar essas dificuldades ou mesmo elimina-las.

As sugestões enumeradas foram sistematizadas e agrupadas, encontrando-se descritas no quadro abaixo.

Quadro X - Sugestões dos enfermeiros

	Nº de vezes que as referiram
Formação	6
Medidas organizacionais	4
Recursos humanos	2

A sugestão apontada com maior frequência pelos inquiridos inclui a necessidade de formação para a equipa multidisciplinar. Esta proposta está em consonância com diversos autores anteriormente citados, pois constitui uma importante forma de dotar os enfermeiros de ferramentas para uma melhor resposta ao comportamento agressivo dos utentes. Foram também apontadas necessidades de aprofundamento de conhecimentos ao nível dos procedimentos utilizados para lidar com comportamentos agressivos, quer na equipe médica, quer na equipe de auxiliares de ação médica, sendo também enumerada a necessidade de formação na atuação conjunta da equipa multidisciplinar, de forma a existir atuação integrada da mesma, pois sendo a equipa constituída por

técnicos pertencentes a grupos profissionais distintos, deve atuar em conjunto, como um todo.

Dentro deste grupo foram ainda referenciados o desenvolvimento de habilidades comunicacionais e uma melhor comunicação médico-enfermeiro na comunicação do internamento compulsivo. A habilidade para comunicar permite uma melhor resposta do enfermeiro ao utente, pois constitui um dos procedimentos utilizados para cessar ou evitar o comportamento agressivo. Se o médico informar o enfermeiro que o utente desconhece que vai ficar internado, podem ser adotados os procedimentos de forma a preparar o utente para o internamento.

A nível das medidas organizacionais, inclui-se, a melhor gestão do espaço físico do SUP, limitar acesso ao corredor e gabinetes a acompanhantes e outros utentes, e a integração do SUP na urgência geral como resolução da falta de segurança.

A correta distribuição no espaço, dos recursos materiais existentes, diminui a agitação dentro do serviço e coloca os utentes num ambiente mais agradável, mais confortável, devidamente dimensionado para o indivíduo. Quando esta condição não se verifica, e ocorrendo uma situação de agitação, rapidamente se pode propagar aos restantes. Uma melhor gestão do espaço físico é também defendida por Frasquilho (2011), ao enunciar que, se este for mais adequado e organizado, permitirá que, mesmo existindo uma afluência de muitos utentes, estes não tenham de ficar em macas num espaço circunscrito.

Reduzindo o número de pessoas com acesso ao corredor e gabinetes, diminui a agitação no interior do serviço.

A integração do SUP na urgência geral, permitiria que funcionassem como um serviço único. Deste modo, fazendo a segurança parte integrante do serviço, o acesso seria mais facilitado.

De forma menos significativa foram apontadas sugestões no âmbito dos recursos humanos, foi sugerido aumentar o número de enfermeiros, bem como a presença da Polícia e Segurança, durante 24 horas no SUP. Aumentar o número de enfermeiros corresponde a maior disponibilidade da equipa, maior rácio enfermeiro-utente, maior tempo disponível para estar com os utentes, o que pode contribuir para minorar a ocorrência de comportamento agressivos por parte dos mesmos.

Todas as sugestões apresentadas pelos enfermeiros são pertinentes, uma vez que são estes profissionais que lidam diariamente com o comportamento agressivo dos

utentes e sentem as dificuldades daí decorrentes. Estão por isso em situação privilegiada para enunciar possíveis alterações que combatam essas dificuldades, fazendo com que estas possam ser superadas, o que possibilita a melhoria na prestação de cuidados de saúde.

Através das sugestões enumeradas, consulta de bibliografia, análise e reflexão pessoais, são sugeridas algumas estratégias a implementar no SUP que de seguida serão abordadas.

5 – PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS A IMPLEMENTAR NO SUP

Neste capítulo será elaborada uma proposta de intervenção com algumas soluções para as dificuldades detetadas a partir da análise dos dados e algumas sugestões enumeradas pelos próprios enfermeiros. A proposta tem por base a premissa de que pequenas alterações podem produzir grande melhoria de cuidados e a maioria das alterações que a seguir se propõem não apresentam custo relevante, apenas exigem uma pequena reorganização do serviço.

Como primeira proposta, sugere-se a criação de um grupo de formadores, constituído por médico e enfermeiro, para ministrar módulos de formação sobre como controlar o comportamento agressivo. A formação deve ser dirigida a toda a equipa multidisciplinar que compõe o serviço e estar incluída no processo de integração dos novos elementos, que venham a fazer parte da equipa. Os módulos devem ser essencialmente teóricos, devendo incluir pelo menos 2 módulos teórico-práticos onde se incidirá sobre a prevenção e gestão de comportamentos agressivos, treino de identificação de sinais de agressividade e estratégias de comunicação com o doente agressivo. Devem ser realizadas sessões de atualização no máximo a cada três anos.

A DGS forneceu em 2011 uma Circular normativa (Nº021), com orientações sobre a “Prevenção de Comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a sua envolvente”, tendo esta como destinatários, todos os profissionais a desenvolver a sua atividade em Administrações Regionais de Saúde, Hospitais do Serviço Nacional de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados. De acordo com a referida Circular Normativa todos os profissionais devem receber formação sobre:

- Técnicas preventivas à contenção;
- Técnicas de contenção;
- Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
- Como cuidar do utente que necessite de contenção.

Ainda dentro das estratégias a implementar, sugere-se também a criação de um guia e norma de procedimentos para a equipa multidisciplinar face ao comportamento agressivo dos utentes, os quais terão como finalidade a uniformização de procedimentos de toda a equipa, bem como, servir de base de trabalho para a integração de novos elementos.

Propõe-se que sejam revistos os recursos humanos existentes, aumentando o número de colaboradores na prestação de cuidados, tanto enfermeiros como assistentes operacionais. Na minha opinião, o ideal seria que cada turno passasse a dispor de 3 enfermeiros e 3 assistentes operacionais.

Melhorar o acesso ao segurança ou agente de autoridade, com a colocação de um botão de pânico no gabinete de enfermagem, junto à secretária, para ser ativado em situação de urgência.

Uma situação ideal seria colocar um agente de autoridade ou segurança junto à urgência de Psiquiatria. Esta situação é exequível, uma vez que já se verificou a existência de um segurança aquando da abertura do serviço no HCC. Posteriormente ocorreu uma reestruturação do serviço e por decisão administrativa, este elemento ficou unicamente na urgência geral.

A unidade de pesquisa do Royal College of Psychiatrists (1998, cit. in Quirk, Lelliott & Seale, 2004) oferece diretrizes baseadas na evidência da prática clínica, que refletem orientações sobre gestão de violência. O conhecimento dessas orientações deu origem à elaboração de alguns exemplos que permitirão reduzir a probabilidade da ocorrência de episódios de agressividade, nomeadamente:

- as linhas de visão do espaço físico da enfermaria não devem ser impedidas, o que permitiria que todo o espaço estivesse sob vigilância, e a qualquer altura seja rapidamente detetada uma situação anómala;

- os alarmes devem estar acessíveis para que rapidamente seja dado o alerta perante uma situação perigosa;

- a organização da enfermaria deve ter em conta características calmantes, proporcionando um ambiente descontraído com o mínimo de estímulos nocivos que sejam por si só desencadeadores de inquietação, stress ou angustia;

- os níveis de ruído devem ser controlados, pois níveis elevados aumentam a irritabilidade;

- recorrer à tranquilização rápida para antecipar e prevenir a violência. Sendo esta uma medida de contenção química, obedece a protocolos bem definidos um dos quais constitui a medicação prescrita para utilização em SOS.

Sousa, Almeida e Simões (2011), sugerem um sistema de informação mais eficaz, que possa libertar os profissionais para realizarem o seu trabalho com menos interferências dos acompanhantes. Esta ideia suscitou alguma reflexão da minha parte,

de que resultaram duas propostas com possibilidade de implementação no SUP, que a seguir se enumeram:

- a existência de um protocolo de serviço bem definido para fornecer informações aos acompanhantes, permitiria ao enfermeiro uma maior disponibilidade para a prestação de cuidados, ao invés de estar frequentemente a ser interrompido nas suas atividades, para fornecer dados sobre a situação de saúde dos pacientes;

- informar os familiares no momento do acolhimento do utente para que definam entre si quem será o elemento que fará de elo de ligação entre o serviço e os restantes familiares passando toda a informação veiculada.

A realização de um briefing aos acompanhantes, apontada por Sousa et al. (2011), parece uma medida de fácil implementação no SUP. Para tal, após a receção do utente pelo enfermeiro, este explicaria a situação do utente, a necessidade de observação por uma equipa multidisciplinar experiente e o protocolo de fornecimento de informações mais detalhadas. Aqui, poderá também ser seleccionado um elemento mais significativo para o utente que permanecerá junto a ele, e os restantes aguardariam na sala de espera.

A criação de um ambiente calmo é uma proposta apresentada por inúmeros autores como contribuindo significativamente para a redução de situações de agressividade. Sousa et al. (2011) sugerem como exemplo disso a colocação de música relaxante e que seja evitado ter televisões com programas e noticiários com catástrofes e acontecimentos graves.

Uma triagem eficiente e rápida que proporcione o encaminhamento do utente para a urgência de Psiquiatria o mais breve possível tendo em conta a gravidade da agressividade dos utentes, constitui uma medida de fácil implementação e que diminuiria certamente as situações de agressividade no SUP.

A implementação de algumas das medidas sugeridas não parece implicar grande dificuldade. Algumas delas apenas obrigam a pequenas alterações de funcionamento e necessitam da boa vontade de toda a equipa para mudar. Caso ocorra a aplicação destas propostas no serviço, estas terão como objetivo introduzir alterações para que a ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes, seja reduzida ou mesmo eliminada.

6 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

No presente trabalho foi possível desenvolver competências cognitivas a nível do diagnóstico, as quais integram a identificação dos procedimentos adotados pelos enfermeiros, aquando da ocorrência de comportamento agressivo por parte dos utentes.

A aprendizagem realizada através da pesquisa bibliográfica e da utilização de bases de dados, que serviram de fundamentação teórica para a elaboração do presente diagnóstico, veio reforçar a componente teórica da formação, bem como, proporcionar o contacto com realidades vividas noutros contextos. Ainda que esse contacto tenha sido meramente teórico, foi possível compreender, tendo por base as pesquisas de outros, o modo como os enfermeiros reagem perante o comportamento agressivo, as atitudes comportamentais que têm e que podem contribuir para o agravar, e aquelas que o podem fazer cessar. Constatou-se também que os procedimentos utilizados em SUP, em Portugal estão em concordância com o que é realizado noutros países, como os Estados Unidos da América, Inglaterra, Suécia e Brasil.

Existiu também a aprendizagem formal acerca do modo como realizar um diagnóstico de situação, nomeadamente a sua essência, bem como os objetivos, estrutura e apresentação.

O facto de ter construído o guião do questionário, permitiu adquirir competências ao nível da sua elaboração, contribuindo para a compreensão da importância das questões a formular num processo de diagnóstico.

O exame detalhado dos resultados obtidos, confrontado com os resultados de outros autores, favoreceu momentos de reflexão sobre a prática clínica dos enfermeiros entrevistados, contribuindo para o desenvolvimento do espírito crítico e concomitante capacidade analítica.

Apesar de todos os ganhos enumerados e traduzidos em competências, tem-se consciência que este processo de conhecimento é um processo contínuo, ao longo do percurso profissional, e não termina, nem poderá terminar aqui.

7 – CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo que norteou o presente trabalho e face a tudo o que dissemos anteriormente, podemos afirmar que a importância de identificar, estudar e analisar os procedimentos dos enfermeiros perante a agressividade dos utentes, prende-se entre outros, com o facto de a violência ser uma constante nos serviços de urgência psiquiátrica. Como prova disso, todos os entrevistados afirmaram ter sido alvo de alguma forma de agressão, sendo o modo verbal o mais frequente.

Fazendo uma análise retrospectiva, podemos afirmar que o principal procedimento utilizado pelos enfermeiros é a comunicação e apenas quando este não é suficiente se passam a utilizar outros, nomeadamente a contenção física, mecânica, química e ambiental/isolamento.

A comunicação constitui uma “ferramenta” primordial no relacionamento humano e o mesmo se passa no estabelecimento da relação enfermeiro/utente. A comunicação é apontada como um instrumento que permite a diminuição da agressividade, podendo mesmo fazer com que esta cesse. Quando os enfermeiros manifestam uma postura de disponibilidade para o utente, e interesse face ao seu estado de saúde, estão a conquistar a sua confiança, a obter a sua colaboração no processo terapêutico e simultaneamente, a contribuir para a diminuição da possibilidade de ocorrência de comportamento agressivo.

Da análise dos resultados conclui-se que para o grupo de enfermeiros participantes, tanto a comunicação verbal como a não-verbal tem igual peso, pois é necessário existir coerência entre o que se diz verbalmente e aquilo que se expressa por atitudes e comportamentos.

Todavia, falhando os componentes-chave da comunicação humana (empatia, confiança e respeito mútuo) estão criadas as condições para gerar uma relação conflituosa e a comunicação pode desencadear comportamentos agressivos dos utentes. Esta opinião foi unanime a todos os entrevistados e foram identificadas as várias características responsáveis, das quais se destacaram o discurso agressivo.

Existem sinais que precedem os comportamentos agressivos e que permitem predizê-los, os resultados deste relatório apontam os sinais de linguagem não-verbal como os mais importantes. Tal é justificado porque a linguagem verbal pode estar

ausente, mas o utente irá sempre apresentar atitudes e comportamentos que nos fornecem indicações sobre os seus estados emocionais.

Não seria possível abordar a temática dos procedimentos utilizados pelos enfermeiros sem uma pequena reflexão sobre quais as suas dificuldades quando se deparam com estes comportamentos por parte dos utentes. A principal revelação sobre essas dificuldades, revelou-se a pouca formação da equipa multidisciplinar para lidar com o comportamento agressivo. Para a colmatar, os entrevistados sugeriram aprofundar os conhecimentos ao nível dos procedimentos utilizados para lidar com comportamentos agressivos, a formação na atuação conjunta da equipa multidisciplinar de forma a existir atuação integrada da mesma e o desenvolvimento de habilidades para comunicar.

Num próximo trabalho, e caso as estratégias propostas sejam implementadas, seria pertinente verificar junto dos enfermeiros qual o feedback resultante. Uma das possibilidades de estudo seria averiguar se existiu redução de situações de agressividade e uma melhor intervenção perante as mesmas.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, 53-53.
- American Psychiatric Nurses Association. (2008). *Position statements: Workplace violence*. Acedido a 1 de Junho de 2010, em:
http://www.apna.org/files/public/APNA_Workplace_Violence_Position_Paper.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Björkdahl, A. (2010). Violence prevention and management in acute psychiatric care: Aspects of nursing practice. *Department of clinical neuroscience. Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*. Consultado a 11 de Julho de 2013, em:
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40284/Anna%20Bj%C3%B6rkdahl%20ramber%C3%A4ttelse%20doc%20-%20genv%C3%A4g%20lnk.pdf?sequence=1>
- Campos, C. J. G. & Teixeira, M. B. (2001). O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e acções dos membros da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 35, (2), 141-149. Acedido a 4 de Junho de 2010, disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200008
- Cezar, E., & Marziale, M. (2006). Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (1), 217-221. Acedido a 3 de Julho de 2010, em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soin infirmiers: perspective holistique-humanistique*. Paris: Editions Lamarre.

- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. (2011) Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research* 189 (1), 10-20. Acedido a 5 de Dezembro de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236497>
- Daffern, M., & Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggression: a review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 477-97. Acedido a 10 de Janeiro de 2011, em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178901000738>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente*. Circular normativa N°021/2011. Lisboa: Ministério da Saúde Acedido a 04 de Fevereiro de 2011, em: <http://pt.scribd.com/doc/58547227/Orientacao-da-DGS-n-%C2%BA-21-2011-sobre-a-%C2%ABPrevencao-de-Comportamentos-dos-doentes-que-poem-em-causa-a-sua-seguranca-ou-da-sua-envolvente%C2%BB>
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - Contenção física*. Circular normativa N°08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07.Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Janeiro de 2011, em: <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Medidas%20Preventivas%20de%20Comportamentos%20Agressivos-Violentos%20de%20Doentes%20-%20Conten%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica.pdf>
- Duxbury, J. & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 50(5), 469–478. Acedido a 27 de Janeiro de 2013, em: http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centresunits/mnc/admin/ehs_docs/Causes_and_Management_of_Patient_Agg_and_Violence.pdf

- Ferrinho, P., Antunes, A.R., Biscaia, A., Conceição, C., Fronteira, I., Craveiro, I. & Santos, O. (2003). Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care. *Human resources for Health*,1,11, doi: [10.1186/1478-4491-1-11](https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-11).
Acedido a 20 de Janeiro de 2013, em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC317380/>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação - Da concepção à realização*. Loures:Lusociência- Edições Técnicas e Científicas L^{da}.
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Frasquilho, M. (2011). Agitação, agressão e violência na Urgência Psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiência e Reflexões. *Psilogos. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.* 9, 1, 35-45.
Acedido a 7 de novembro de 2011, em:http://www.psilogos.com/Revista/Vol9N12/Indice11_ficheiros/Frasquilho_M_A_p35-45.pdf
- Gacki-Smith, J., Juarez, A.M. & Boyett, L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*,39 (7–8), 340–349. Acedido a 12 de Junho de 2010, em:<http://urgentmatters.org/media/file/Violence%20Against%20Nurses%20Working%20in%20US%20Emergency%20Departments.pdf>
- Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Journal of Nursing Economics*, 29(2), 59-66.
Acedido a 05 de Dezembro de 2012 em:
http://www.medscape.com/viewarticle/746092_6
- Imperatóri, E. & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde - 2ª edição*. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.

Hesketh, K., Duncan, S.M., Estabrooks C.A., Reimer M.A., Giovannetti P., Hyndman K., & Acorn S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia Hospitals. *Health Policy*, 63 (3), 311-321. Acedido a 11 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12595130>

Jonker, E., Goossens, P.J.J., Steenhuis, I.H.M. & Oud, N.E. (2008) Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492-499. Acedido a 11 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18638210>

Kaplan, H., I., Sadock B., J., & Grebb, J., A., (1997). *Compêndio de Psiquiatria*. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.

Kondo, E.H., Vilella, J.C., Borba, L.O., Paes, M.C., & Maftum, M.A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*. 45(2):501-507. Consultado a 02 de Dezembro de 2012, em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a27.pdf

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Lindow, V. & McGeorge, M. (2000). *Research review on violence against staff in mental health in-patient and community settings*. National Task Force on Violence Against Social Care Staff. Consultado a 17 de Dezembro de 2012, em: <http://www.worldcat.org/title/research-review-on-violence-against-staff-in-mental-health-in-patient-and-community-settings/oclc/59462035>

Liu, J. (2004). Concept analysis: Aggression. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 693–714. Acedido em 18 de Janeiro de 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570125/pdf/nihms-12068.pdf>

Marques, M., & Mendes, A. (2003). A percepção da violência em Psiquiatria: perspectiva dos enfermeiros. *Referência*, 10, I. Acedido a 18 de Janeiro de 2013, em:

https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:KtAtzstwNcAJ:https://www.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Ffid_ficheiro%3D192%26codigo%3D+&hl=en&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESiljoPBv_qLcRq4H5OnVVTApYFhLfqq5M3abwboWkyWVJ1LvkuAs0T2It0jqqiqnSZqlgmRjQQf9o3sItUwDx-S0UCew0AZUBg6Nqw-afG3V3mi8iiObuXkvOk_0gZugYkkyfBB&sig=AHIEtbSk1JA96OV9O1KtQtp4oBMLUOyuBA

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Acedido a 25 de Novembro de 2012, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Poster E. C., & Ryan J. (1994). A multiregional study of nurses' beliefs and attitudes about work safety and patient assault. *Hosp Community Psychiatry* 45, 1104. Acedido a 9 de Junho de 2010, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/78358577>

Quirk, A., Lelliott, P. & Seale, C. (2004). Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Social Science and Medicine*, 59, 2573-2583. Acedido a 07 de Junho de 2010, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15474210>

Rosa, A. (2008). *Violência em contexto psiquiátrico. Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression scale)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Acedido em 18 de Janeiro de 2013, em:

<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22450/3/Dissertao%20PDF.pdf>

Soares, J. J. F., Lawoko, S., & Nolan, P., (2010) The Nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work & Stress*, 14 (2), 105-120. Acedido em 06 de Dezembro de 2012, em:

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026783700750051630>

Sousa, L., Almeida, A., & Simões, C. (2011). Vivências em serviço de urgências: o papel dos acompanhantes dos doentes. *Saude sociedade*, 20,195-206. Acedido em 06 de Dezembro de 2012, em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000100021&script=sci_abstract&tlng=pt

Stone, T., McMillan, M., Hazelton, M., & Clayton, E., (2011). Wounding words: swearing and verbal aggression in an inpatient setting. *Perspectives in Psychiatric care*. 47, 194-203. Acedido a 04 de Fevereiro de 2011, em:

http://www.academia.edu/797823/Wounding_Words_Swearing_and_Verbal_Aggression_in_an_Inpatient_Setting

Stathopoulou, H., G., (2003). Violence and aggression towards health care professionals health. *Health Science Journal*. Acedido a 03 de Fevereiro de 2011, em:

<http://www.eisf.eu/resources/item/?d=2597>

Stefanelli, M. C.; Fakuda, I. M. K; & Abrantes, E. C. (2008). *Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais*. Editora Manole, Lta

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. 223 p.

Uzon, O. (2003). Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *Journal of Nurse Scholarsh*, 35, 81-85.

Vasconcellos I., Abreu A., & Maia E. (2012). Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(2), 167-175. Acedido a 03 de Fevereiro de 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/24.pdf>

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *A pragmática da comunicação humana* (9.^a ed.). São Paulo: Culturix.

Whittington, R., Shuttlework, S. & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 326-333. Acedido a 27 de Junho de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8858437>

World Health Organization (WHO) (2002). *New Research shows workplace violence threatens health services* (Press Release WHO/37). Acedido a 06 de Julho de 2010, em: http://whqlibdoc.who.int/press_release/2002/PR_WHO_37.pdf

9 – ANEXOS

ANEXO I
Guião de Entrevista

Procedimentos dos enfermeiros face à agressividade dos utentes no Serviço de Urgência
de Psiquiatria

Dados de identificação:

Sexo: _____

Idade: _____

Experiência profissional (anos): _____

Questões:

- 1 Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez? Qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?
- 2 Quando foi agredido o que é que fez? Que procedimentos costuma usar?
- 3 Acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos? De que modo.

- 4 Costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?
- 5 Na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo?
- 6 Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO II
Verbatim das Entrevistas

Entrevista 1

Investigador – Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez? Qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

Entrevistado – Quantas vezes fui agredido? (Hum) ... não consigo contar, mas já fui muitas vezes agredido, quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista verbal.

I- Que tipo de agressões físicas se recorda?

E- Pontapés, arranhadelas, cuspidelas, ... pontapeado, socado, arranhadelas, pontapés, de todas as maneiras.

Físicas?

E- Insultado, ameaçado

I- Não se lembra quantas vezes cada um deles?

E- Diariamente, isto é uma Urgência, diariamente estamos sujeitos a esse tipo de situações, embora não costumo contabilizar isso.

I- Quando foi agredido o que é que fez?

E- Defendi-me Normalmente é assim, quando o doente nos agride de uma forma verbal, simplesmente o que se tem a fazer é ..., não se vai gritar com o doente, e às vezes têm de se ser um pouco mais assertivo, um pouco mais agressivo, ou um pouco passivo conforme a agressividade do doente, para poder manipular o doente. Se o doente está agressivo, não se deve gritar com ele, evitar gritar, quando o doente ... e se está de acordo com as regras da comunicação, e a forma de contenção é feita quando ... quando ele está agressivo, do ponto de vista físico defendemo-nos, mas não com agressividade, e sim ... contermos o doente e poderá ser momentaneamente uma contenção física, mecânica (não é?) ou então química. Normalmente para se fazer a contenção química tem de se fazer uma contenção mecânica (não é?)

I-Isto são os procedimentos que costuma usar? Fale-me um pouco sobre cada um deles?

E-Falei da questão de ser ... está a perguntar ao nível da ameaça verbal?

I-Sim e procedimentos.

E- Mas aqui, ou se é assertivo, conforme as situações ou passivo, para se chegar onde se quer. Do ponto de vista verbal, tem de se manipular o discurso em torno disso, ser passivo, assertivo ou agressivo. Contenção química só é injetado o doente, em via intramuscular ou EV ou então POS e mecânica é contido no leito.

I-E essas técnicas são usadas em simultâneo?

E- Às vezes sim, quando estou a fazer contenção física, tenho de falar com o doente e às vezes tenho de aumentar o tom de voz.

I-E em relação aos procedimentos? O que faz?

E-(Hum) Todas as situações são diferentes, umas das outras não é? Tem-se um doente agressivo verbalmente e está com agressividade latente e fala-se com ele e tenta-se estabelecer ali um diálogo e estabelecer uma relação ... empática, relação de ajuda com o doente e aqui é mais uma relação terapêutica, de forma a conseguir que o doente fique mais calmo, diminua a sua ansiedade e a sua agressividade. Depois de esgotadas todas as hipóteses de dialogo, que se possa ter, e se o doente parte com agressividade, aí vamos proceder à contenção mecânica, para nos protegermos a nós, e também aos outros doentes que lá estão no quarto, e também ao próprio doente, porque se pode auto mutilar ou agredir.

A mim não me faz muito sentido fazer uma contenção química e uma contenção mecânica e ter o doente deitado 8 horas numa cama imobilizado e contido (não é?). Se o doente depois fica a dormir, se a contenção química depois é eficaz, acha que justifica estar? ... Tem de se vigiar de meia em meia hora.

I- Fale-me um pouco sobre isso?

E-É assimAs pessoas ficam contidas e imobilizadas, durante demasiado tempo ..., sem necessidade nenhuma, porque às vezes entram em estados agudos, mal medicados, mas passado umas horas, não se justifica estarem tanto tempo imobilizados.

I-A forma como comunica com o utente pode induzir ao comportamento agressivo? Se sim, de que modo?

E- Se tiver um discurso muito agressivo e se o doente está tenso, renitente em relação ao internamento, se eu partir com agressividade, acho que vou desencadear uma reação de explosividade no doente.

I-Costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?

E- Às vezes a gente consegue, ... o que lhe desperta a atenção? É assim, é óbvio que às vezes a maneira como o doente se comporta, a linguagem não-verbal, nós comunicamos mais com a linguagem não-verbal, do que com a linguagem verbal. Aliás, esses comportamentos aliados à linguagem não-verbal, por exemplo: se o doente se dirige para mim para me agredir e verbalizar ameaças, eu sei que ele está ... agressivo e me pode agredir, me pode causar danos irreparáveis de mente e de corpo.

I-Que outros sinais é que vê que lhe sugere essa agressividade?

E-Sinais do doente? Sinais? Sinais é um sintoma? ... Tom de voz.

I- Na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo?

E-É assim ... o que me vem à cabeça ... às vezes se ele está agressivo e agredem-nos, e à nossa família, e recebemos tão pouco e saímos daqui tão cansados, não temos tanta paciência, mas eu respiro fundo

I- Na sua opinião o que se deve fazer quando o doente está agressivo?

E-Acalmar o doente, utilizando os procedimentos que aprendi na Licenciatura e no Mestrado e na Especialização, usando técnicas de comunicação para tentar diminuir a agressividade do doente. Explicar a situação em que se encontra, explicar o porquê?, explicar a necessidade de ..., informar-me junto deles, porque está agressivo (não é?), se acharmos o porquê dele estar agressivo, se acharmos o porquê/razão dele estar assim, o que se passou, o que posso fazer para o poder ajudar, para poder diminuir o stress e aquela situação dele. Estas são as coisas que devemos fazer.

I-Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E- As maiores dificuldades que eu tive, foi quando os senhores doutores decidem internar os doentes e não os avisam, e não os informam que eles vão ficar internados e vou usar agora um verbo “despejam” os doentes no nosso gabinete de enfermagem e dizem que é só para ver a tensão, quando fazes a entrevista inicial de enfermagem e é nessa entrevista que vais estabelecer o primeiro diálogo com o doente, e é aí que o doente vai questionar o porquê daquelas questões todas e é aí que vai dizer que há necessidade de se fazer análises que são pedidas ou requeridas pelos médicos e que têm de ficar internado, o doente fica revoltado e agressivo contigo, quando tu pensas que o doente já tinha sido informado pelo médico do internamento e é aí que surge às vezes uma situação problemática, mesmo com os internamentos compulsivos e inclusivos. E tal como sabes como eu, o doente tem o direito de ser informado e os médicos muitas vezes metem os doentes nos nossos gabinetes, não os avisam e criam situações problemáticas. Passando por uma melhor comunicação entre médico e enfermeiro e uma melhor postura dos médicos.

I – Obrigado pela colaboração.

Entrevista 2

Investigador – Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez? Qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

Entrevistado – Só verbalmente (Hum) ... psicologicamente ... fisicamente não.

I – Qual foi o tipo?

E – Quantificar é um bocadinho difícil. Nós acabamos por estar sujeitos quase diariamente, pela descompensação dos quadros psiquiátricos, acabamos por estar sujeitos a diferentes formas de agressão, psicológica, chantagem, porque isso também são formas de agredir. (Hum)..., verbalmente ... pessoas muito desorganizadas quantificar é muito difícil. Ao longo do dia é uma sucessão recorrente de agressão psicológica, a agressão verbal, ao longo do tempo é uma forma constante.

I - É diário?

E – Ainda por cima a psiquiátrica.

I – Quando foi agredido o que é que fez? Que procedimentos costuma usar?

E – Isso ... Isso depende muito. Para já a primeira é o contexto em que a agressão ocorre, por exemplo se o doente esta muito delirante, e por exemplo doentes Bipolares, em fases maníaca, elevação do humor, e tem uma verborreica, que são nitidamente agressivos na forma de abordar as pessoas e assim temos de contextualizar na doença e nem sequer valorizar, a estratégia no fundo é ... (Hum)... relevar a agressividade, passar para segundo plano, noutros utentes ... com perturbações de personalidade, narcísicas, por exemplo, antissociais, em que o utente esta num contexto orientado e com traços de personalidade, nos acabamos um pouco, por tentar estabelecer limites ao utente e ter uma postura mais diretiva, mais firme, em que o utente tem que perceber quem deve funcionar dentro de um determinado padrão, isso também da segurança ao próprio utente e a nós possibilita-nos limitar um pouco aquela agressividade, temos de fazer um bocadinho espectro e perguntar ao utente porque esta a ter aquela atitude, (hum)... qual é o objetivo dele ao estar ser tão agressivo, se somos nós a causa dessa agressividade, em que é que o podemos ajudar para colmatar aquilo, portanto um pouco refletir com ele o que perguntar para ele aquilo que nos esta a fazer.

I – Acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos?

E – Nitidamente que sim, sem duvida nenhuma.

I – De que modo?

E – Por exemplo a ... Há utentes que já estão num quadro de ansiedade muito grande e a minha abordagem é uma abordagem, muito ... quase provocatória, ou seja uma abordagem que não é de apaziguamento, mas sim de provocação, vai aumentar mais ainda, que exista uma escalada de agressividade por parte do utente, por exemplo o tom de voz que eu utilizo, a resposta que eu dou ao utente, por exemplo a honestidade que eu emprego nas minhas respostas ao doente, mas eu digo-lhe neste preciso momento, que isso se calhar não é possível, ele vem a perceber que existe uma autenticidade da minha parte, uma preocupação verdadeira. Ao estar a dar aquele tipo de resposta ..., os doentes percebem muito bem quando nós os estamos a tentar despachar. A nossa abordagem, a nossa assertividade, na interação com o utente, é uma mais-valia na redução das possibilidades, agressivas ou na manutenção dessas. Doentes muito agressivos em que eu tenho uma abordagem muito calma, não respondo a agressividade da mesma forma, ou seja o utente esta muito desorganizado e muito agressivo e a minha postura vai ser uma postura calma, falo de uma forma tranquila, interajo numa perspetiva muito apaziguadora e o utente reage muito bem em relação a isso, deixa de estar agressivo, entra nesta onda ..., a agressividade é quase uma proteção para ele, ele esta a espera de ser agredido então agride automaticamente, quando da nossa parte não há essa agressão ele reduz isso completamente. Portanto, a comunicação é vital ..., a comunicação verbal e a não-verbal, não é só verbal, a forma como é a minha postura, a ansiedade com que eu ando, a agitação, os doentes percebem isso

I – Costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?

E – Sim, há vários sinais, como eu estava a dizer, nós temos de tomar muita atenção à linguagem verbal, não só à linguagem verbal, mas também à linguagem corporal, quando nós comunicamos, grande percentagem da nossa comunicação, passa pela

linguagem não-verbal, o ter o corpo tenso, por exemplo, não olhar-mos de frente para ele, com determinada intensidade, a forma como responde, a tonalidade que se utiliza, a gesticulação, tudo isso nos leva a interpretar isso, são coisas que muitas vezes não veem nos livros, vamos aprendendo à medida que vamos trabalhando, e chegamos ao ponto em que temos uma afinação tão grande, que apercebemos que o utente está tenso, sem ele sequer abrir a boca e que é o utente que pode ter uma atitude agressiva, só pela postura corporal dele, por exemplo o cruzar os braços, o não olhar de frente, o apertar as mãos, o cerrar os dentes, a boca, as maxilas, toda esta linguagem corporal é de extrema importância, e relevância, e nós vamos aprendendo, um pouco disso, é como eu disse (Hum)... é o desempenho.

I – Na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo?

E – Fisicamente, psicologicamente ... em todas as circunstâncias?

I – Sim.

E – O mais importante, volto a dizer, depende do que está na origem da agressividade, quando são internados, ficam muito agressivos, porque são internados quase que compulsivamente, não querem de todo, estar internados, há uma agressividade inerente, o facto de estarem, é algo que eles não veem como necessário, eles não têm crítica, e são obrigados nessa circunstância, eventualmente toda a nossa abordagem, toda a nossa postura, de interação, com ele tem de ser, uma atitude serenizante, muito pacífica, daí também, por exemplo a gestão que fazemos, do próprio ambiente, que envolve o utente, fazer uma diminuição da estimulação, de barulhos, ruídos, (hum)..., confusão, luminosidade, inclusivamente, o proporcionar uma atmosfera o mais calma, serena possível, resulta em casos de utentes, que estão mais tensos, ou com possibilidade de passar a um ato agressivo, verbal, física e psicológico, o utente quase que começa a refletir o que o rodeia, e a nossa postura, volta uma vez ... e é de crucial importância, a postura do enfermeiro na abordagem com o utente é promotora muitas vezes de quadros agressivos, nós as vezes estamos passados porque há um limiar de paciência para esgotar no dia-a-dia e nós as vezes somos promotores dessa agressividade, a nossa postura às vezes tem de ser revista.

I – Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – Dificuldades ... eu penso que uma das grandes dificuldades é o espaço físico em si

hum... estamos muito limitados ao nível do espaço físico, com determinadas rotinas de urgência, não há por exemplo a possibilidade de ter os doentes em espaços individualizados, por exemplo, o utente acaba por ficar na enfermaria, ou no S.O. com quatro camas. Um utente que já venha tenso, o doente que esta ao lado com quadro psicótico, muito desorganizado, a presença destes utentes desorganizados, vai agravar ainda mais o quadro de tensão e há utentes que nitidamente nós fazemos isso, por exemplo numero nove, quarto individualizado, é utilizado, muitas vezes para utentes que nos chegam muito tensos, que vão beneficiar se calhar a estarem um bocadinho afastados, do S.O. de quatro camas. Devia de haver mais esta possibilidade, desta gestão física (hum...) outro problema com que se depara é a pouca formação nesta área. Nós não estamos muito despertos para isso, eu penso que nós eventualmente, devia de haver uma incidência grande, formativa e de discussão de casos clínicos, de treino em que pudesse-mos inclusivamente uma supervisão de enfermagem, acompanhar os colegas, com mais experiencia em psiquiatria e mais anos e que têm provas dadas nesta área com boa gestão de casos e resolução de situações. Nós aprendemos é por ai, nestas discussões clínicas, em que trazemos casos em que são olhados e abordados, e discutir como é que podemos atuar de modos diferentes, com melhores resultados, é assim que se aprende e por outro lado (hum...) a equipa esta estruturada de uma forma que possibilitasse, um trabalho mais, um trabalho mais, mais personalizado, por exemplo dois elementos há turnos, alem dos turnos da tarde e da manha, são nitidamente insuficientes, temos uma afluência brutal de pessoas, é verificado pela estatística (hum...) em que se calhar bem ficava, haver mais enfermeiros para cobrir estas necessidades e poder cobrir cada caso. Por vezes a nossa indisponibilidade de tempo é promotora desse tipo de tensão.

I – Obrigado pela sua colaboração.

Entrevista 3

I – Primeira pergunta: Durante a sua experiencia de urgência já foi agredida alguma vez?

E – Já

I – Qual o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

E – Uma chapada ... e uma cuspidela foi duas vezes.

I – Foi só duas vezes então ... no que respeita aos tipos de agressões foi duas vezes?

E – (Hum)... (Hum)...

I – Quando foi agredido o que é que fez? E que procedimentos costuma usar?

E – Parei ... parei para refletir na atitude que havia de ter para com a pessoa em si, porque a vontade que eu tinha era de retribuir a agressão e acho que é o primeiro instinto de cada pessoa, mas como nós temos de saber que estamos a lidar com pessoas doentes, (Hum) ... temos de refletir e não agredir a pessoa novamente, simplesmente, (Hum) ... tentar levar a situação de outra maneira.

I – Isto no que respeita à questão numero dois, e no que respeita à questão numero três, acha que a forma como se comunica como o doente pode induzir comportamentos agressivos?

E – Claro que sim.

I – De que modo?

E – Basta o nosso tom de voz, a nossa maneira de falar, atitudes, tudo depende de como nós abordamos a pessoa em si, se a pessoa já esta com um processo de alteração de

comportamento, podemos exacerbar mais essa atitude da pessoa ou pelo contrário poder atenuar essa maneira de ser e ela conseguir ter um diálogo mais calmo connosco.

I – Fale-me um pouco mais dessas atitudes? Ou quer referir mais alguma?

E – Por exemplo quando a pessoa vem aos gritos e a insultarmos se nós falarmos devagar, calmamente e fizermos precisamente o contrário do que ela está a fazer, a pessoa tem tendência a ir controlando esses impulsos, também. Isto é um exemplo.

Agora se a pessoa estiver assim e eu me puser com a mesma atitude que ela, claro que vou estimular ainda mais a agressividade por parte do doente.

I – Isto no que respeita à questão número três, nesta questão disse que a forma como comunica pode induzir comportamentos agressivos. De que modo? Falas-te alguns em que se deve ter para não provocar comportamentos agressivos, mas no entanto há outros que podem induzir, tal como falas-te no tom de voz. Queres dizer mais algum?

E – Por exemplo quando a pessoa vem em mutismo, podemos usar estratégias para a pessoa comunicar mais connosco. Se calhar falando em coisas que sabemos que ela gosta. Se calhar podemos tocar em pontos, que se calhar vamos despontar alguma ansiedade à pessoa que ela consiga verbalizar connosco ... isso é o contrário do que há bocado eu disse.

I – Ok. Enquanto outro aspeto que pode exacerbar comportamentos agressivos, aumenta-los, que postura poderá geralmente poderá reduzir isso?

E – Tom de voz, se calhar não valorizar os aspetos alguns aspetos que ele me está a chamar a atenção, ignorá-los, (Hum) ... sei lá ... ser agressiva para com o doente, não ter paciência para estar a ouvi-lo, estar com pressa, não estar disponível ... isso tudo faz com que isso aconteça, não é? ...

I – Ok. Então no que respeita à questão número quatro: costuma identificar algum sinal no comportamento do utente que lhe sugira agressividade? E o que lhe desperta mais atenção? Que indicam que possam ter um comportamento que sugira agressividade ...

E – Por exemplo com um doente desconfiado, a ... com uma ansiedade extrema, um olhar parado, a ... inquieto são os sinais ... que detetamos possivelmente que vai passar ao ato.

I – Sim, Ok. Agora a questão número cinco, na sua opinião o que deve fazer quando o utente está agressivo?

E – Na minha opinião?

I – Sim. O que é se deve fazer?

E – Se a pessoa está de tal maneira agressiva que não há hipóteses de comunicar com ela, é preparar o SOS e deixar que a pessoa descanse e depois então fazer a entrevista posteriormente.

I – Sim.

E – Se a pessoa está agressiva, mas queira comunicar connosco é manter a calma, mais do que o habitual, e tentar falar lentamente e deixar verbalizar toda a sua ansiedade e não entrar em grandes confrontos com o doente, mas sim deixa-lo falar.

I – Sim, Ok. Agora a questão número seis: Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – A falta de segurança nos técnicos é a principal dificuldade, com que me deparo, porque muitas vezes estamos sozinhos e precisamos de apoio da polícia, dos seguranças etc... e não temos esse apoio. Sugeriria sim que tivesse-mos segurança vinte e quatro horas aqui, pelo menos ao pé de nós porque nem nós nem os auxiliares, (Hum) ... não é que não sejamos capazes e que se calhar temos alguma formação ao nível de contenção, mas não é para isso que nós estamos aqui a exercer a nossa profissão ..., mas sim para

tentar acalmar o utente e não entrar para a parte da agressividade, que por vezes é difícil de conter, não é?

I – Essa é a principal dificuldade, não encontras mais nenhuma?

E – Não.

I – Obrigado pela colaboração.

E – Nada.

Entrevista 4

I – Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez?

E – Já.

I – Qual foi o tipo, qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

E – O número de vezes não consigo enumerar ... mas ... mais de cinco vezes sem dúvida

E – O tipo de agressões, pontapés, dentadas ... a ... empurrões ... a ... mais ou menos isso.

I – Então agressão física não é?

E – Agressões físicas sim. Estamos a falar de agressões físicas, sim... a... estamos a falar de agressões físicas e agressões psicológicas isso nem se fala, são constantes, são diárias.

I – E que tipo de agressões psicológicas? Quer falar sobre alguma delas... especifica-las?

E – Agressivos psicológicas, maus-tratos verbais, insultos ..., a ... insultarem-nos a nós, insultarem os nossos a ... e esse tipo de coisas Não sei o que queres mais específico ...

I – Então as verbais são de frequência diária, não é?

E – Sim, sim, todos os dias. Enquanto as outras é que foram cinco, mas ao longo dos sete anos foram muitas mais, cinco para ai num mês.

I – Agora a segunda questão: Quando foi agredido o que é que fez? Que procedimentos costuma usar?

E – A maior parte das vezes, eu pessoalmente em relação à ..., à ..., em relação à ... agressão em si, Sérgio, à nossa lesão, à lesão com que ficamos, normalmente não faço nada se não é nada limitante, incapacitante, é assim ... a última que me recordo que foi uma dentada a ... é que tive de fazer acidente de serviço, tive de fazer antibiótico, vacina do tétano, anti-inflamatório, e disseram que tinha de fisioterapia ao dedo, depois disso já levei pontapés, já fiquei com equimoses, não fiz nada porque se não tinha que fazer acidente de serviço todos os dias, porque Senão tinha de fazer acidente de serviço todos os dias, quase.

I – E em relação ao utente em si. Que procedimentos costuma usar? Quando é agredida ...

E – Em relação ao utente em si, a gente normalmente tenta fazer uma contenção emocional, depois, de ser agredido tem de ser a contenção física e depois a contenção química. Mas é assim, a contenção física, obviamente, não consigo fazer sem contar, com os outros enfermeiros, com os assistentes, com a segurança, ou policia se houver, a ... até a contenção física começar a surtir efeito. Não é ? ... porque quando passa para uma contenção física, obviamente que uma contenção emocional ,já não vai surtir efeito, já não vai ... ajudar muito. Já passou aquela fase

I – E o procedimento em si quando fazes esse tipo de contenções?

E – Como se procede à contenção física? aqui no serviço? ... (Ri) ... Aqui no serviço durante uma agressão, no contexto de agressão?

I – Sim.

E – Às vezes os ânimos exaltam-se como é óbvio e ... porque não é? ... é diferente de o doente vir inquieto, vir agitado ... estar desorganizado e para sua segurança nós contemos um doente no contexto da desorganização só naquele período, do que no contexto ... ele põe em risco a nossa segurança, põe-nos em risco a nós ... invadem a nossa privacidade ... é complicado ... e é muito difícil às vezes nós manter-nos imparciais e frios e às vezes a gente não consegue e funciona um pouco a quente. A ... eu penso que agora no serviço as coisas já correm um bocadinho melhor, eu não sei se é

isso que pretendes ou não, (Hum) ... que já corre um bocadinho melhor ... mas quando se faz uma contenção física, às vezes eu não digo que se agride o doente mas, usa-se a força, sem dúvida e se calhar para se conseguir fazer uma contenção e se conseguir conter, imobilizar, e segurar às vezes tem que se magoar, às vezes tem que se fazer para se conseguir parar, não é? ... e se calhar custa, quem não esta por dentro ouvir, mas quem está dentro de uma situação, durante a Acção entende que às vezes não há outro jeito.

I – Isto durante a contenção física, na contenção emocional? ...

E – Durante a contenção física é assim ... durante a contenção física eu acho que também é importante irmos explicando, que nós o que estamos a fazer, isto não é para a agredir, não é para lhe fazer mal, mas ... explicar todo o procedimento, explicar, que ele está doente, mas não é que ele esta a ouvir, já passou muito mais além , não é ? ... mas conter e ir explicando porque mais tarde se calhar vai-se lembrar e vai perceber.

I - Na contenção emocional ir explicando ...?

E – Sim, ir explicando, sim ... sim ..., cabe ao enfermeiro, tipo um enfermeiro tímido digamos assim, ir explicando todo o procedimento ao doente, que estamos a conte-lo, que estamos a fazer isso, mas que é por alguma razão, que é pelo que está a acontecer.

I - Agora a questão numero três: Acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos? De que modo?

E – Sim, sem dúvida. Se o doente está ... irritado, se nós usarmos o mesmo tom de voz e se ainda o irritarmos mais, isso pode ... pode levar a que a coisa descambe, que ele fique ... que ele passe ao ato.

I – Quer dizer mais algum exemplo, que pode induzir comportamento agressivo no utente, tens mais algum? Para a questão número três ...

De que modo essa comunicação pode induzir?

E – Acho que sim, não nos podemos esquecer que até durante a contenção quer química quer física, temos de explicar as coisas e estamos a lidar com agressões e ... e temos de explicar todos os procedimentos e

I – Ok. E agora a questão número quatro: Costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? Algum sinal no doente que dê para ver que ele está a entrar em agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?

E – Alteração no tom de voz, a inquietação, o não ser capaz de estar sentado, a elevação do tom de voz, a ... o olhar, às vezes a perplexidade e às vezes isso não quer dizer nada, às vezes à mínima coisa basta uma palavra, às vezes estão muito quietos, às vezes nem é a inquietação, às vezes é o completamente oposto, está muito inquieto, muito tenso, muito parado, muito rígidos a ... é sinónimo deles passarem ao ato, tanto podem ser uma coisa como pode ser a outra, o oposto ... depende muito das situações. É preciso avaliar caso a caso.

I – Exato. Esta na questão número quatro, agora a questão número cinco: Na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo? A outra era que procedimentos utilizar, agora esta é o que deve fazer ...?

E – Quando o doente esta agressivo, a ... o que se deve fazer, é em primeiro lugar a ... eu acho que devemos zelar pela nossa segurança, acima de tudo ... porque se nós não estivermos seguros não podemos por o doente seguro nem os outros doentes em segurança. Temos que zelar pela nossa segurança, nunca estar sozinhos, chamar sempre alguém ... a ... e depois ver se o ambiente é seguro para podermos intervir, e então quando reunimos todas as condições ... intervir. Na minha opinião, porque não me adianta a mim, armar-me em enfermeiro super e ir sozinha por ali adiante, a ter com o doente fazer o quê? Num doente agressivo não consigo.

I – E em relação ao procedimento tem de ser em conjunto?

E – Sim tem de ser em equipa ... tem de ser sempre em equipa com o doente seguro ...

I – E em relação ao procedimento em si quer dizer mais alguma coisa?

E – Em relação ao procedimento em si ... procede-se primeiro à contenção mecânica, não é? porque enquanto contivermos mecanicamente não conseguimos, administrar terapêutica, com ele aos saltos, é impossível. Depois de o termos mecanicamente contido, fisicamente contido, contemo-lo quimicamente, posteriormente, mais tarde depois de a medicação fazer efeito, vamos fazer uma reavaliação e ir descontendo, e avaliando, mas no momento é ... contenção mecânica e contenção química é o que se faz. Depende das necessidades ...

I – Quer falar sobre a reavaliação?

E – Reavaliação simples, não é só chegar conter e depois esquecer. É sempre necessário fazer reavaliação, tanto da situação como do utente, se ainda necessita de contenção, não é? (...) se se pode ir aliviando as medidas, (Hum) ... como da própria contenção em si. Se esta a ser prejudicial, não é? Se está a ser eficaz ... se está a magoar, todas essas situações. É periódica ... 15 em 15 minutos, 30 em 30 minutos, cada caso é um caso, 5 em 5. E não se esquecer que um doente contido também é um doente que precisa de ser alimentado, hidratado, e também faz escaras.

I – Ok. Quer dizer mais alguma coisa? As escaras são consideradas um efeito secundário da contenção certo? Queres dizer mais algum?

E – um efeito secundário de uma contenção mecânica? (Hum) ... Uma úlcera de pressão, a ... uma tromboflebite

I – Ok.

E - Ri ...

I - Agora a questão numero seis: Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – As principais dificuldades ... na minha opinião, às vezes é conseguir ter o apoio da equipa, enfermagem, auxiliar e assistente operacional, e às vezes reunir a equipa, nomeadamente, segurança e policia. Às vezes não temos o apoio necessário dessa parte. E não temos naquele momento as condições físicas necessárias, não conseguimos ter tudo ali ...

I – Tem alguma ideia de não conseguir ter as pessoas ali? Tens alguma ideia do porquê? Especifique melhor a situação?

E – Porquê? Porque, sei lá ... será passa pelo facto de a nossa urgência ser aqui ao cantinho? ... estar muito afastada do resto a ... não sei porquê

I - Apoio da equipa toda, segurança ...

E – Sei que estamos muito afastados, temos a segurança e a policia muito longe e quando nós precisamos desses meios, primeiro que nós os vamos buscar, e chegemos ao local, já a situação está resolvida, não se pode estar à espera. (Hum) ... para mim essa é a melhor dificuldade, às vezes é a distância física, desse apoio que demora a chegar.

E- Sugestões? Eu sou a favor da integração da Urgência de Psiquiatria na Urgência Geral, se calhar passa um bocadinho por ai. Se calhar se esta urgência fosse integrada na urgência geral se calhar as coisas aconteciam mais rápido não é? ... se calhar não demoravam tanto, não é? penso eu ...

I – Tens mais alguma coisa a dizer em relação a esta questão ou outras? ...

E – Não....

I – Obrigado pela colaboração.

Entrevista 5

I – Primeira questão: Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez?

E – Sim, já.

E – O tipo de agressão, que eu estou a recordar um doente vinha bastante agitado ... e feriu-me uma perna ao prestar-lhe cuidados. Agarrou-me a coxa e apertou-me. É o que me lembro assim de agressão.

I – E em relação ao tipo de agressão foi esse ...

E – Sim, física ... já tive algumas vezes ao nível verbal, aliás várias vezes, foi maior a agressividade verbal do que física a ... o tipo de agressividade verbal de variadíssimos géneros a ...

I – Exemplos concretos ...

E – Concretos ...

I – Sim. Como disse a gravação posteriormente será destruída.

E – Sim vou é demorar tempo a nível de raciocínio.

I – Sim, sim.

E – Sei lá ... de o género questionar a profissionalidade do que estou a fazer de forma agressiva como que te hei de explicar, queres mais exemplos práticos?

I – Exemplos que te recordes.

E – E você não é enfermeira, quer-me é drogar, fazer-me mal, por ai a fora ... nunca foi uma agressividade verbal de dizer nomes, ofender, foi sempre destas formas.

I – Então são os tipos de agressão que te recordas?

E – Estes são os que me recordo com mais frequência.

I – Há outros?

E – Não me recordo assim nenhum ... há sim, há ... uma velhota com síndrome confusional ou demências, chamarem-me "puta" ... a pronto por ai ... mas, são raros são mais frequentes pessoas que não têm crítica. Acham que estamos a fazer-lhes mal, então agridem-nos verbalmente dessa maneira.

I – E em relação à frequência, a nível de periodicidade consegues dizer?

E – Não te consigo dizer porque, sabes que há vários tipos de doentes, são certos tipos de doentes que têm este tipo de atitudes.

I – Tipo.

E – Bipolares estão em fase maníaca, ou pronto, psicóticos, enfim ... mas ... o nível de periodicidade é difícil.

I – Semanal, diário, mensal.

E – Semanal é mais semanal do que diário.

I – Ok. Em relação à questão número dois, quando foi agredido o que é que fez? Que procedimentos costuma usar?

E – É assim a ... depende do estado da pessoa, se esta estiver capaz de ter um dialogo, tento argumentar de forma lógica, mas se a pessoa não for capaz de entender a situação tenho que deixar a pessoa acalmar-se, se houver necessidade de fazer terapêutica se a pessoa estiver agitada, faz terapêutica, se entretanto houver mais necessidade de contenção e tiver prescrita, faz contenção física, mas à partida é proporcionar algum

isolamento para que a pessoa possa acalmar e mais tarde interiorizar a sua situação, de facto conseguir raciocinar, perceber a lógica, argumentar com pessoas delirantes, em fase de descompensação é complicado, sem as pessoas estejam medicadas e mais calmos.

I – Falas-te sobre os procedimentos de contenção queres dizer como costumam proceder?

E – Contenção química administrar medicação, à partida, informa-se o doente que tem de fazer medicação devido ao estado dele à partida será para sedar, para a diminuir a ansiedade, tenta-se explicar argumentado por uma lógica e se o doente colaborar connosco pode-se administrar por via oral, via intramuscular o que estiver prescrito, se o doente não colaborar com argumentação geralmente informa-se o médico que o doente não colabora. Se o médico disser que tem de fazer medicação peço ajuda aos colegas, a equipa toda ajuda a conter administra-se a terapêutica à partida será injetável, porque a via oral é muito mais complicado, e em certo caso em que a situação se complica é necessário avisar o médico assine o internamento compulsivo, mas isso é decisão dele, agente informa o estado do doente.

Geralmente agente pede auxílio, para a nossa segurança e do utente, pode-se magoar e pode-nos magoar a nós.

I – E em relação, ... falas-te na contenção física.

E – A física quando é necessário proceder à contenção em caso de extrema agitação, peço auxílio à mesma para segurar o utente, enquanto fazemos as coisas com segurança e pronto à partida é acompanhada com contenção química também.

I – Ok. Queres dizer mais alguma coisa em relação ao modo como proceder, procedimentos que costumam usar quando foi agredido?

E – À partida opto sempre pela precaução, principalmente aproveito a presença dos agentes policiaes que vêm acompanhar o utente ou bombeiros, ou pessoal de transporte para ajudar sempre a ter o doente controlado e para o acompanharmos porque é sempre bom termos pessoas para a pessoa se sinta menos confiante para ser agressiva, tomar

alguma atitude agressiva, e aproveito sempre isso até ao momento de acompanhá-lo até ao SO e administrar medicação esses procedimentos até que ele acalme. E pronto ... É basicamente isso. E quando é necessário mesmo conter é necessário auxílio chamamos a equipa presente e geralmente o agente da PSP e segurança, informar o que é necessário fazer.

I – Ok. Esta era a questão número dois, agora a questão número três, acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos? De que modo.

E – Por vezes sim. Algo que agente possa ter de impor ao utente e ele não queira, pode causar um comportamento agressivo. E outras vezes nem é necessário nada disso, outras vezes basta o utente presenciar uma situação ou um ambiente eu tive um utente hoje, o utente que esta ali, que me foi deixado no gabinete, trazido pelos agentes da policia, da PSP, o que aconteceu foi que o médico autorizou que se fosse embora uma vez que estava mais calmo e ter colaborado e na entrevista com o médico ele pode ter colaborado, e foi como o médico disse colaborou o que entretanto aconteceu depois da entrevista com a enfermagem, acompanhado ao SO, o utente deparou-se com o SO, pronto, escuro, estava lá um utente a dormir, a ... com as camas vazias e ficou muito assustado a ... começou aos gritos, e fugiu, pronto ... é nesse caso em que me encontrava naquele momento sozinha, os assistentes operacionais não estavam ao pé de mim, deixei o utente ir, ele acabou por correr, e depois tive a sorte de ter um colega, que o conteve, tive que o conter e trazê-lo, levar para o SO e tivemos sempre que o conter falando sempre com ele, tentando perguntar então o que se passa e verbalizando que não estávamos a fazer-lhe mal, que o estava-mos a querer ajudar, tentando acalmá-lo e isso surtiu efeito, claro que ele teve de ter ficado contido pela cintura pelo menos porque, porque não estava a aceitar o internamento, e depois claro foi informado o médico que deu indicação para administrar injetável SOS e prescreveu contenção física, pronto, fez os transmites que ele tenha de fazer, a nossa obrigação é de facto controlar estas situações, é claro que eu sozinha não iria conter um utente nem iria amarrá-lo nem iria poder fazer nada, a ... num utente que estaria muito agitado, e a correr daquela maneira, e quando regressou, quando parou, pudemos intervir.

I – Claro ... isso é uma dificuldade que consideras deparar-se aqui no serviço que é o médico mandar os agentes irem-se embora, e é resposta à questão que vem a seguir, a questão era: Acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos? De que modo.

E – Quando queremos impor alguma coisa quando não impomos alternativas, quando usamos um tom mais agressivo, quando o ... esse tipo de coisas pode induzir no utente comportamentos agressivos.

I – Quer dar mais exemplos?

E – Não é isso.

I – OK. Agora a questão numero quatro, costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?

E – (Hum) ... um doente pouco comunicativo, doentes com olhar perplexo, a ... com uma ansiedade marcada, que verbalizam agressividade, não é? Que podem passar ao ato, ... que estejam agitados, ... podem não estar agressivos, podem estar apenas agitados ...

I – Não tens agora mais nem(Hum) que te recordes?

E – Sim, (Hum) ... isto é de forma geral, se quiser dar exemplos teria que ... mas de forma geral é isto ...

I – Na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo? Portanto, na outra questão era o que fazias e nesta é o que deves fazer quando o doente esta agressivo?

E – Quando o doente está agressivo ... primeiro o que eu costumo fazer é tentar chama-lo à razão ... e dizer-lhe que de facto ele esta a agredir, está a ser agressivo, para com as

peças e que nós não temos intenção nenhuma de lhe fazer mal, não temos essa intenção de retribuir essa agressividade, porque pessoas têm esse padrão agressivo, estão habituadas a receber agressividade de volta, e nós temos que quebrar esse padrão, a primeira coisa que eu tenho de fazer é isso, se houver oportunidade é, se houver situação que se compliquem muito, muita gente em volta é complicado, quando esta uma equipa a atuar, se a equipa não estiver bem oleada, (Hum) ..., mas pronto, se o utente não estiver a racionalizar, o que temos de fazer neste momento é tentar conter e nesta parte, se temos oportunidade de confirmar com o médico primeiro, ele pode estar sozinho, pode estar acompanhado pela PSP, à parida já esta a ser contido, não é? E não damos a oportunidade de falar com o médico e confirmamos qual a estratégia a usar, (Hum) ... depois se estivermos sozinhos, temos mesmo de conter o doente e tentar administrar algum tipo de medicação que esteja prescrita, para ele ficar mais calmo, uma vez que não foi possível racionalizar com ele, nem argumentar, há partida seria o que seria feito ...

I – Estás-te a recordar de outras coisas que costumavas fazer quando o utente está agressivo?

E – (Hum) ... é assim ... o que é que eu te posso dizer? Em relação quando o utente está agressivo? Vou tentar montar assunto ... tentar criar outro assunto, tentar conversar com ele, questiona-lo sobre a vida dele, tentar que ele mude um pouco, analisar a conversa dele para outro lado, a situação ... é uma forma dele se acalmar, porque deixam de estar a pensar no motivo da agressividade e começam a pensar noutra coisa, (Hum)... lá está, essas são várias situações ...pode-se falar noutra assunto, questionar sobre a vida dele, ou questionar se a pessoa tem fome, se quer comer, tentar satisfazer alguma necessidade que ele possa ter ... ou de ir à casa de banho, ou de comer ...pronto...qualquer coisa...isso será uma boa estratégia e pronto É assim, mas de qualquer das maneiras, (Hum)... na maior parte dos casos, mesmo tendo feito este tipo de estratégias, é quase sempre necessário administrar algum tipo de terapêutica ... e é nessa parte que vai voltar a agressividade, quando as pessoas recusam ... não querem fazer ... se for possível argumentar de forma lógica e tentar...e tentar explicar a necessidade de fazer as coisas (Hum)... quando regressa a agressividade tentar acalmar a situação ... mudar um pouco a situação ... mudar um pouco a situação, contornar para outros temas e

depois a partir daí construir a relação de confiança, não é? Portanto que o doente fale conosco.

I – E sobre essa relação de confiança...

E – Essa relação de confiança temos de ir mantendo, na minha opinião não devíamos mentir ao utente, (Hum)...devemos sempre de estar em consonância..., em equipa, porque temos de ir mantendo a reserva da informação profissional, há uma incongruência, há uma incoerência ... e à partida uma quebra na relação de confiança o utente que está receoso, o doente está assustado, o doente que tenha qualquer característica, necessita de um ambiente seguro, em que possa confiar e sentir-se bem, (Hum) ... e deve poder achar que pode cantar ... deve poder cantar mesmo conosco, não é só achar ... e nós devemos mesmo verbalizar isso ... que estamos cá para ajudar o doente, estamos cá para cuidar do doente, e de qualquer coisa que ele necessite estamos cá, (Hum) ... são as principais bases da relação de confiança, mostrar disponibilidade, mostrar presença, (Hum) ... e vem muita coisa ao decimo, tens de ter ... depende da situação ... se for necessário uma atitude de escuta ou se for necessário ... sei lá ... a relação de confiança tem várias coisas ... na relação com o utente, mas o principal é que o utente saiba, que estas a valorizar a situação dele, que estas a dar-lhe importância que ele tem e que merece ... que à partida é uma coisa muito importante ...

I – E falas-te também sobre a parte da contenção física, queres falar alguma coisa sobre o procedimento que costumamos utilizar?

E – É assim ... nós usamos o material que temos cá no serviço, à partida não é? Temos contenções nos membros ... uma coisa que se tem de ter precauções e não fazer garrote nos membros e temos de ter vigilância, o tempo que o utente estiver contido ... protege-lo, dentro da contenção ... protege-lo da melhor forma possível ... (Hum) ... mas basicamente é a vigilância depois do utente estar contido, de forma segura, e de facto vigiar ... vigiar o estado do doente ... mesmo depois de ter feito a medicação ... estado de consciência ... essas coisinhas todas ... sinais vitais que à partida, será já uma coisa de rotina, mas que não deixa de ser importante, mas estas a querer referir alguma coisa em específico sobre a contenção?

I – Não, não, é o procedimento em si como costumamos fazer?

E – Mas queres que explique como é que faço o quê? Como é que coloco as contenções nos membros?

I – Não, não, mais o que envolve o procedimento, mais as medidas tomadas, por exemplo.

E – Sim, lá esta ...no caso de um doente agitado temos de ter a equipa pronta a conter o utente, tentar conte-lo na cama, confortável, para lhe colocarmos o cinto, não é? A sua contenção na cintura, e ao nível dos membros prende-lo à cama, a parte da vigilância é importante chegando a esse ponto não esta capaz de ... dialogar, nem de comunicar com eficácia pelo menos, por isso estão a precisar é de algum momento de descanso, pronto ... basicamente isso ...

I – Última questão, Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – Como eu já referi, não é? Quando há certos utentes que veem contrariamente à sua vontade, ou porque não têm crítica ou porque variadíssimas situações, vêm acompanhados por agentes da policia, e bombeiros e por outros elementos, é uma dificuldade para nós quando esses elementos são dispensados pelo médico, tal como eu já tinha referido, deixamos de poder contar com eles, para ajudar ao internamento do utente, outros dos casos é não termos elementos prontamente disponíveis para nos ajudar, quando temos utentes agressivos temos de intervir logo, para se não os utentes escapam-nos, e são capazes de agredir e fazer outras coisas ... enquanto agente chama o agente da PSP que temos, alguns agentes não atuam ... simplesmente disponibilizam a presença, mas não fazem rigorosamente nada, ... mas quando é necessária contenção e segurar o utente, não fazem nada, e recusam-se e a segurança também, mas também não temos essa competência sozinhos, penso que não ... penso que têm de existir forças policias e elementos de segurança, mas muitas vezes recusam-se a fazer isso, outras

vezes é mesmo os elementos que acompanham ou chamados cá ... de segurança ou da PSP, não sabem como atuar, e mesmo assim não estão prontamente a atuar e isso dificulta um pouco as coisas (Hum) ... pois.

I – Quer referir mais alguma coisa, algum exemplo.

E – Ponto ... algumas pequenas dificuldades, teve aqui um SO, mas é complicado quando estamos a tentar conter um utente e até nos outros utentes que estão ... no SO, são quatro camas no SO, tentar conte-lo, mas também temos outros utentes que estão doentes, não é? Claro que estão doentes, ou estão delirantes, não é? Claro que estão doentes, ou estão delirantes ... pronto que intervêm na situação, não da para proporcionar a situação mais calma como agente gostaria.

I – O espaço físico não é o adequado, não é adequado?

E – Pois, o espaço físico ... temos apenas um quarto de isolamento, que é o que é possível, mas que a maior parte das vezes até não é utilizado, devia ser mais utilizado, (Hum) ... mas de qualquer das maneiras, estamos numa urgência e isto não é muito ... não é muito rotineiro ... temos um utente que entra agressivo, podendo ser dois ou três, teríamos de ter outro elemento para agir de forma adequada em cada situação.

I – O quarto não é usado?

E – Algumas vezes não é usado.

I – Porque é insuficiente é isso?

E – Não ... a equipa que esta presente, acha que não é necessário ... e coloca no SO, procede à contenção e de toda a agitação e agressividade, já merece por si só, um espaço único, só para aquela pessoa e depois claro, posteriormente poderá colocar-se a pessoa numa cama em SO, até que a pessoa esteja mais calma e mais adequada, pronto ... depois de passar o aparato todo.

I – Mais algum exemplo?

E – Algum exemplo ... pronto, alguns elementos da equipa não os considero preparados para gerir situações de agressividade, (Hum) ... não sei se será porque receio, pronto ... é difícil estabelecer uma causa para cada situação que não cabe a mim estar a resolver, não sou chefe do serviço, mas pronto ... e ... não é só por receio há casos que se pode atribuir à falta de experiência, não é? Elementos novos e pronto não estão habituados a este tipo de situações de urgência e entretanto, porque muito que as situações aconteçam, acabam por não interiorizar muito bem os procedimentos que devem ter e pronto ... isto são algumas das dificuldades ... passam por aí, são os colegas que temos na equipa, e não podemos estar a goza-los (RI), nem a obriga-los a aprender, mas basicamente é isso ... é que basicamente para mim é falta de segurança para na ajuda nas situações de agressividade e nós sentimo-nos um bocado desprotegidos, aqui no cantinho, ali o pessoal de segurança geral, não ajuda, podem estar mesmo ao teu lado, tu estas a conter o doente, eles não ajudam, nem verbalizam nada ... ignoram por completo a situação por isso tu estas sozinho ... não posso estar a falar desses se os nossos próprios médicos fazem o mesmo, os nossos médicos em caso de agressividade, não ajudam, não fazem rigorosamente nada, agem como se eles não tivessem responsabilidade nenhuma, nem para chamar a segurança, nem nada, estão à espera que os enfermeiros façam tudo, não sei se isso é um ato que nós cria-mos neles, e de ato penso que anteriormente, como atuava-mos em nossas mãos as contenções de qualquer situação, tentava-mos logo dentro da equipa, entre nós, assistentes operacionais, penso que por isso se criou um mau habito, por parte da equipa, de não ajudar e não intervir, quando este tipo de situação acontece.

I – Os enfermeiros mudam de atitude?

E – (Hum) ... sim ... eu acho que sim, mas nem todos, eu já vi colegas meus ...

I – Mais alguma coisa?

E – Não, só concluindo esta parte, este assunto ... para não verem eficácia por parte dos outros, tomam em mão, aquilo que estão a fazer, acham que os médicos na ordem de

competência ... e não demonstram qualquer tipo de iniciativa ... isso é verdade ... mas também é verdade que nós devemos proteger mais e não dar a cara à pancada, devemos tentar envolver também os doentes e não fazer tudo ... é uma má qualidade digamos..., tentamos ser o melhor profissionais possíveis e acabamos por não envolver os outros profissionais e aliás retiram-se da responsabilidade que têm e nós deixamos, penso que seja também um bocadinho por ai ...

I – Queres responder a mais alguma coisa?

E – Não.

I – Obrigado pela tua colaboração.

Entrevista 6

I – Durante a sua experiência de Urgência já foi agredido alguma vez?

E – Sim.

I – Qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

E – Vezes foram várias, isso não têm conta. Mas os tipos de agressões são ligeiras, tenho só uma aqui mais grave ..., fiz uma ... que não sei como se chama ...

I - Uma lesão física, luxação, fatura, lesão na articulação ...

E - Aqui no ombro ... fiquei com uma lesão articular.

I – Então foi agressão física foi uma, pelo menos que te lembres não é? e outro tipo de agressões?

E – Agressões físicas, verbais, gestuais, todos os tipos, (Ri)

I – Todos ?...

E – todos os tipos ... Físicas várias, mas uma delas fiquei com sequelas que tenho e que vou ter.

I – Queres falar sobre outro tipo de agressões verbais? Ou o tipo de cada uma delas ... Alguns exemplos que te recordes de momento?

E – Doentes que estão muito calmos e de repente têm raptos e agridem-nos e não estamos à espera, nem sabemos porquê, a ... doentes que estão agressivos e que à partida a gente sabe á partida que eles nos vão agredir e nessa altura jogamos pelo seguro e ... pronto eles estão agressivos e batem sem saber a onde, nem em quê, nem em quem.

I – (Hum) ... (Hum) ...

E – Doentes que estão agitados e agressivos, verbalmente porque somos estes, somos aqueles e aqueloutros e chamam-nos de todos os modos os nomes e mais alguns.

Inclusive ameaças se te apanho lá fora vais ver o que te faço ..., coisas assim ...

I – Ameaças à integridade física? Todo o tipo? E esse tipo de agressões em relação à periodicidade, à frequência? É diária, semanal, anual?

E – É diária. Todos os tipos são diários.

I – Todos os tipos são diárias ...

E - Há dias com mais incidência, outros dias com menos incidência, mas todos os dias somos agredidos. Quer física, quer verbalmente, ou quer gestualmente ...

I – (Hum) (Hum) ... Ok. Quando foi agredido o que fez e que estratégias costuma usar?

E – Quando fui agredido foi uma grande confusão e começamos todos aos trambolhões e ... é mesmo assim, entretanto fiz acidente de serviço e fui as consultas de Ortopedia aqui do Hospital.

I – (Hum) ... (Hum) ...

E - E na altura depois tive alta e o Médico disse que se não melhorar tenho de ser operada. A ... e as estratégias são coisas que nós na altura estudamos e observamos o que devemos fazer, observar o doente ver como ele vai reagir, estamos à espera, à que ele reaja, mesmo quando esta calmo, são coisas que entretanto eu fui aprendendo. Mas não tenho assim nem(Hum)a estratégia planeada, porque não da para planear, depende do doente, como ele está, e entretanto como o ambiente também está à volta ...

I – (Hum) ... (Hum) ...

E – Pode estar mais calmo, mais agitado, mesmo com outros doentes mais agitados. E a ... nessas alturas temos que ver, estudar ... que estratégias que podemos ter e atitudes que podemos tomar.

I – (Hum) ... (Hum) ... Quais os procedimentos que costumava usar mais frequentemente?

E – Eu costumo baixar o tom de voz.

I – É ? (Hum) (Hum) ...

E - Dependendo dos doentes há uns que baixo o tom de voz, há outros não, tenho uma postura mais rígida, que tenho mesmo que ter ... eu é que decido e agora vamos ter de fazer isso assim, nas perturbações das personalidade e coisas assim.

I – (Hum) ... (Hum) ... E no outro procedimento... baixas é ?...

E – Nos doentes que estão mais inquietos e mais irritados. Não são aqueles doentes que exigem, são aqueles doentes que a gente vê que estão mesmo perturbados, e se calhar precisão de ali de um bocadinho de paz, sossego, alguém que os ouça, que os entenda e nessas alturas em baixo, para ver se eles baixam também e para ver se a gente consegue conversar. Há outros que não dá para conversar, pronto, ... têm de ser imobilizados.

I – (Hum) ... (Hum) ... Isso é outro procedimento que costumava usar. E imobilizar queres falar um pouco sobre isso?

E – Imobilizações químicas e mecânicas?

I – Sim.

E - Infelizmente ou felizmente são uma estratégia que nós temos que usar diariamente, mais que uma vez, há doentes que nós não conseguimos falar, porque eles estão tão agitados que não conseguem ouvir, nem a eles se conseguem ouvir quanto mais aos

outros. E nessa altura têm de ser contidos quer quimicamente quer mecanicamente para depois acalmarem, às vezes basta trinta minutos e uma hora e eles depois já acalmam mais e há outros que não.

I – (Hum) ... (Hum) ...

E – Mas é um mal necessário

I – Algum procedimento que queiras falar, algumas estratégias que costumas usar?

E – Nunca o faço sozinha, num contexto de uma equipa em que cada um já sabe ocupar os seus lugares, mas geralmente são precisas quatro pessoas, não é? Duas para a parte superior, duas para a parte inferior do doente, contemos os membros superiores inferiores e a parte abdominal, às vezes torácica quando estão muito muito agitados, mas é mais raro. E depois faço a contenção química segundo a prescrição médica.

I – Depois de conter?

E – Sim. Nos doentes muito agitados não dá para dar um intramuscular antes de estar contido, se não aceita conversar como vai aceitar um injetável.

I - (Hum) ... (Hum) ... Ok. E mais alguma coisa sobre o procedimento que acabaste de dizer? Queres falar sobre mais sobre alguma coisa que te recordes?

E – Das contenções?

I - Sim.

E – Costumo ver se o doente está mais calmo se não está, se a contenção está a fazer efeito, se está a comprimir alguma coisa, se está tudo bem ou não. Quando eu percebo que o utente está mais calmo eu descontento. Quando eles se descontentem voltamos a conter, quando estão um bocadinho agitados

I – E retiras as contenções porque?

E – Retiro quando eles estão mais calmos, porque já não há necessidade de estar contidos, porque a gente contem o doente porque ele esta muito agitado e muito agressivo.

I – Sim.

E – Entretanto ele vai acentuando porque se não aceitar agente vai ter de continuar a fazer a medicação, não é? E para fazer a medicação se não aceita, geralmente, os doentes contidos são doentes que são internados compulsivamente. E são doentes que são obrigados a fazer a medicação mesmo contra à vontade.

I – Agora a questão numero três: acha que a forma como se comunica como o doente pode induzir comportamentos agressivos?

E – Sim. Também.

I- De que modo?

E – Se agente tiver um comportamento agressivo, se eu for agressiva contigo tu tens tendência a ser agressivo comigo. É uma questão de contacto, se eu for agressiva, acho que as pessoas têm tendência a ser agressivas comigo, quer sejam doentes quer não. Há mais tendência.

I – E como consideras essa forma de comunicar que induza comportamento agressivo. Mais especificamente?

E – É complicado em Psiquiatria, porque às vezes basta o doente estar psicótico e estar a fazer um delírio qualquer, ou perceber mal as minhas palavras e achar que eu estou a entrar numa parte que ele faz delírio e ele fica agressivo comigo. Às vezes eu posso não ser agressiva e não estar a ser agressiva na maneira de falar e ele entender aquilo que foi uma agressividade para ele, porque entretanto fez um delírio com aquilo que eu digo ou entretanto entrou no delírio que ele está a fazer e a partir de aí, estou a ser agressiva com ele e ele reage de uma forma muito mais agressiva.

I – Ou seja às vezes não é necessário fazer quase nada, muitas vezes não é? e então algum comportamento, alguma atitude que se possa ter na forma de comunicação?

E – Às vezes há comportamentos, na forma de comunicar não-verbal, às vezes basta comportamento, uma atitude ou uma postura mais rude, eles percebem e entram em conflito connosco, pronto

I – E outros tipos de exemplos concretos, não te recordas agora?

E – Sei lá ... por exemplo há tempos, tinha-mos ai um doente que achava que lhe iam tirar os órgãos, era o delírio dele, e nós fomos para lhe colher sangue, nós ... os técnicos, que geralmente acompanhamos, ele não deixou quer dizer ficou agitado, ficou tenso, começou a agredir toda a gente, porque achava que lhe tínhamos retirado um órgão e espetar-lhe uma agulha num braço, não podia ser, é um exemplo prático, que aconteceu, e é recente.

I – Não te recordas de mais nenhum?

E – Não.

I – Agora a questão número quatro: Costuma identificar algum sinal no doente que sugira agressividade? O que lhe desperta mais atenção?

E – Sim. Quando os doentes cerram os dentes ou quando têm os punhos fechados, geralmente sugerem tensão e essa tensão pode partir e pode levar à agressividade. Ou então porque eles estão muito chateados e estão sempre a questionar também pode passar a ficar agressivos rapidamente, ... às vezes com o olhar, às vezes eles têm um olhar que eu não sei identificar, olhar sui generis, olhares próprios, característicos e que esse olhar, nota-se que o doente esta bem e pode passar de um momento para outro passar a ser agressivo, mas só mesmo ... o doente na situação ...

I – Mais algum exemplo?

E – Não, não me lembro de nenhum.

I – Agora a número cinco: Na sua opinião o que deve fazer quando o doente esta agressivo. Na outra questão era, o que costumava fazer, aqui é o que deve fazer quando o doente esta agressivo?

E – ... Quando o doente entra na Urgência agressivo?

I – Sim.

E – É assim ... primeiro é visto por um Médico e depois dependendo do que ele conseguir falar com o Médico, há doentes que não conseguem falar nada, estão muito agressivos e o médico diz logo que é para fazer a medicação intramuscular, contemos e damos a medicação, às vezes até vestidos.

I – (Hum), (Hum) ...

E – Nem sequer a roupa tiramos, o doente entra agressivo, não dá para falar nada, agente leva o doente para o leito, contem quimicamente e mecanicamente e depois só quando a medicação fizer efeito é que agente consegue fazer o resto. Fazer o espólio, conversar, colher os dados, não há muito mais a fazer, porque quando o doente vem agressivo, vem agressivo, não há volta a dar, não há conversa a ter.

I - (Hum) (Hum) ... Agora a última questão: Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – Dificuldades? (Hum) ... Olha ... ao tempo que eu cá estou já consegui sentir algumas dificuldades, tanto da parte dos médicos, como da parte dos auxiliares. Dos médicos porque, os nossos médicos mais novos, por uma questão de menos segurança ou menos experiência, têm sempre medo de prescrever contenções ou medicação

intramuscular, a outra porque os nossos auxiliares são mais recentes e também são mais novos no serviço, têm dificuldade em saber que postos tomam quando é preciso conter em doente, que sugestões daria? ... Se calhar formação para nós, para os auxiliares, para os médicos não posso fazer nada (Ri). ...

I – E queres dizer mais alguma coisa?

E – Não.

I – Então obrigado pela colaboração.

E – Nada (Ri).

Entrevista 7

I – Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez? E qual o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

E – Tentaram agredir-me uma vez só. Aliás ... tentaram agredir-me várias vezes, nunca conseguiram agredir-me, portanto, nunca fui agredido propriamente dito.

I - E como é que o tentaram agredir essas vezes?

E – (Hum) ... a murro.

I – E, então consegue justificar esse tipo de agressores? como é que o doente agiu relativamente à agressividade?

E- O doente estava agitado, estava delirante, estava agressivo, não aceitava o internamento, e tentou agredir-nos no sentido de se libertar e fugir. Era um internamento compulsivo.

I – E tentou ... foi só dessa vez ou mais ...?

E – Tentativas de agressão, todas mais ou menos igual.

I – E consegues dizer mais ou menos a periodicidade, anual, por mês, semanas, diária?

E – Umas quatro no ano, no máximo.

I – E então, consideras isso, um tipo de agressão ... foi tentar combater ... isso foi um tipo de agressão ...

E – Física

I – Só física? Ou mais alguma?

E – Agressão psicológica num contexto de Psiquiatria é comum, portanto não vale a pena contarmos isso, Senão isso aí tens muito mais frequência. (Hum) ... se calhar de dois em dois dias. Quase sempre, sim.

I – Psicológica?

E – Sim.

I – E consegues justificar isso?

E – Desde o insulto, (Hum) ... principalmente insulto e ameaça.

I – Como é que os doentes geralmente te abordam e fazem esse tipo de agressão?
Exemplos concretos.

E – Normalmente são doentes maníacos, que estão com alguma elação de humor.

I – E como é que eles te tentaram fazer isso?

E – Epá, (Hum) ... insultam-te, chamam-te nomes, fazem comentários depreciativos sobre o teu trabalho, ou de acordo com a política deles, ameaçando que chamam o Presidente da Republica ou a polícia, neste género de pressões verbais ou psicológicas, como quiseres.

I – São mais frequentes de dois em dois dias ...

E – São muito mais frequentes que as agressões físicas, as tentativas.

I – Agora é a questão número dois: Quando foi agredido o que é que fez e que procedimentos costuma usar?

E – Então , (Hum) ... na tentativa de agressão, (Hum) ... , opta-se por fazer uma contenção física do doente e depois, (Hum) ... opta-se pela contenção mecânica, ou contenção química.

I – E queres descrever de alguma forma, esse tipo de intervenção que tiveste, como a nível de procedimentos?

E – O procedimento padrão, tenta-se imobilizar fisicamente de modo a garantir a segurança dos profissionais e do próprio doente, utilizando a força proporcionalmente, (Hum) ... e depois opta-se por imobilizar mecanicamente o doente no leito, (Hum) ... pronto e depois faz-se o que é conhecido por SOS, o que tiver por escrito em termos de Intramuscular para fazer a contenção química Normalmente resulta passado algum tempo, mas o doente mantém a contenção mecânica.

I – Queres dizer mais algumas técnicas que costumavas utilizar com o doente?

E – Depois de me ter agredido mais nenhuma (Ri)

I – Em relação à questão número três, acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos e de que modo?

E – Pode ... (Hum) ... se tentares comunicar de uma maneira demasiado arrogante ou dando demasiadas ordens, (Hum) ... às vezes não é necessário ter essa abordagem, pode-se ter uma abordagem um bocadinho mais passiva , um pouco mais calma, (Hum) ..., quando isso não acontece às vezes, vais induzir um comportamento recetivo ao próprio doente, e então por vezes, tens comportamentos agressivos, (Hum) ... e é assim

I – E que outro tipo de comportamentos pode gerar?

E – Se tentares utilizar a força ... fazer uma contenção mecânica sem uma razão para isso, podes induzir no doente comportamentos agressivos, (Hum) Se faltares a algum compromisso, se te comprometeres, que o doente vai fumar e a seguir lhe dizeres que já não pode, podes também induzir comportamentos agressivos por isso.

I – E em relação a essa parte da força o que considera mais especificamente fazer para ...

E – Se fizeres uma má avaliação, e achares que perante uma má avaliação, optas por conter o doente, que até não está agressivo e ele perante a situação de ir ser contido, por vezes desencadeia-lhes uma crise de heteroagressividade.

I - Então e se calhar o que é necessário fazer para ...

E – Eu acho que a experiência profissional neste tipo de situação é importante, há que saber como lidar com o doente em cada momento e ... que comportamento ter com ele, fazendo algumas concessões, tentando negociar ... é o que se tenta fazer, às vezes resulta, às vezes não

I - São os procedimentos que costumas usar, não são?

E – São.

I – Agora a questão número quatro: Costuma identificar algum sinal no comportamento do utente que sugira agressividade? O que lhe desperta mais a atenção?

E – (Hum) ... punhos cerrados ... o abrir e fechar dos maxilares, portanto, o ... cada vez que estão a morder, os masséteres, normalmente notam-se bem, (Hum) ... as jugulares ingurgitadas, (Hum) ..., ou então quando estão muito delirantes, e em termos verbais, consegues perceber se a situação vai dar para a agressividade ou não. Mas ... normalmente, o que há mesmo antes do comportamento agressivo, quase sempre é isso, punhos cerrados ..., (Hum) ... o doente preparar-se para bater.

I – Pegando nesse exemplo que deste, dos doentes, quando os doentes estão delirantes, consegues identificar alguns comportamentos que eles possam ter? Sinais, sintomas que possam demonstrar nessas situações?

E – Se o doente, (Hum) ... apresentar um delírio persecutório relativamente ao enfermeiro por exemplo, por vezes acontece ou quando o próprio doente está ... agora não me lembro do nome, quando ele confunde as pessoas, como é que isso se chama ?
...

I – Autorreferência? ...

E – Não ... quando ele no meio do delírio acha que o enfermeiro é outra pessoa qualquer, tem alguma coisa, contra essa pessoa, poderá ficar agressivo, (Hum) ... ou então aqueles esquizofrénicos, com delírios paranoides, que acha que toda a gente lhes quer fazer mal, nós somos mais um, que lhes queremos fazer mal, portanto ... poderá dar-lhe para agressividade ou não ..., não é muito frequente ... mas por vezes dá. Portanto, os sinais são esses que eu te disse, os físicos, punhos cerrados, macetares fechados, (Hum) ... ou então sinais verbais de agressividade, no utente, o insulto, a ameaça.

I – Ok.

I – Então agora a questão número cinco. Na sua opinião, o que se deve fazer quando o doente está agressivo?

E – Eu penso que se deve ser assertivo, deve-se pôr o doente perante a situação que o comportamento agressivo deve cessar de imediato ou não deve sequer iniciar-se, (Hum) ..., a partir daí a segurança do pessoal está naturalmente em primeiro lugar, até porque a segurança do pessoal implica a segurança dos outros doentes e do próprio doente que esteja a ficar agressivo. (Hum) ... seguidamente a isso temos de partir para as contenções mecânicas e químicas.

I – E então, relativamente à segurança do pessoal queres dizer alguma coisa que costumavas fazer, que se deve fazer?

E – O pessoal tem de estar alerta para a possibilidade, dos sinais que o doente demonstra e dos quais se passa a heteroagressividade. Portanto, o pessoal deveria ter todo alguma experiência, para não ser apanhado de surpresa.

I – E relativamente à própria contenção propriamente dita, estava a dizer se queres dizer alguma coisa sobre ela, como se deve proceder relativamente à contenção ...

E – A contenção física ... supõe o imobilizar fisicamente o doente com vários elementos da equipa, a contenção mecânica, quando utilizar, quer seja os cintos, ou as contenções de braços, ou de pernas, (Hum) ... tens de ter cuidado para não provocar síndromes compartimentais, deves avaliar sinais e sintomas de compromisso neuro vascular, (Hum) ..., periodicamente, deves ter cuidado de imobilizar de acordo com a diretiva da direção geral de saúde, imobilizar os quatro membros, dois inferiores e dois superiores e colocar o cinto, (Hum) ..., a contenção química passa sempre pela administração da terapêutica que estiver prescrita em SOS Normalmente, passa por um sedativo, um ansiolítico e um anti psicótico, (Hum) Acho que não há mais nada ...

I – Não queres dizer mais nada, relativamente à intervenção, propriamente dita ... foi isto?

E – Não.

I – Relativamente à número seis: Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento ao utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? E que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades mencionadas?

E – (Hum) ... acho que a principal dificuldade é ... a falta de uniformização de procedimentos relativamente a esse tipo de situação, tanto da equipa de enfermagem, (Hum) ... aliás, da equipa de enfermagem, da equipa médica, e a dificuldade de estabelecer rotinas com a equipa de auxiliares de Ação médica ... ou seja, nem todos os Médicos agem da mesma forma relativamente a situações de agressividade, e nem todos os Enfermeiros agem da mesma forma também, o que faz com que pessoas que estivessem a trabalhar com um colega, (Hum) ..., portanto, se um colega A, estiver a trabalhar com um colega B, trabalha-se de determinada forma este tipo de situações, mas se o colega A, for trabalhar com o colega C, (Hum) ... já não se consegue operacionalizar as situações ..., portanto era a uniformização dos procedimentos tanto da

equipa médica, em termos de terapêutica, de decisão de internamento compulsivo e a uniformização de procedimentos em termos de equipa de enfermagem e o treino dos auxiliares de Ação médica, passa por aí ... (Hum) ... depois as outras dificuldades tem a ver com o material, com a falta de cintos de contenção ou de material específico de contenção dos doentes, mas isso não é o mais premente, (Hum) ... acho que é só isso ...

I – E que sugestões ...

E – Não sei, dever-se-ia fazer alguma reunião, supervisionada com alguém com experiência, (Hum) ... com uma vasta experiência em termos de Urgência Psiquiátrica, e devia-se fazer alguma formação no sentido dessa uniformização das equipas e depois a equipa de enfermagem fazia formação aos auxiliares de Ação médica ...

I – E problemas assim concretos, que surjam ou que surgiram ... nalguma situação

E – Ordens contraditórias, avaliação do risco de forma dispare, (Hum) ..., um enfermeiro avaliando uma mesma situação, acha que não há qualquer risco, do doente passar ao comportamento agressivo e o outro acha que sim ..., (Hum) ... e isto põe-se também, a questão dos médicos, exatamente a mesma coisa ...

I – Mais alguma coisa?

E – Não, não.

I - Obrigado, então pela sua colaboração.

Entrevista 8

I – Primeira questão: Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez?

E – Não. (Hum) ... também tenho pouca experiência, porque só estou aqui desde Dezembro de 2009, (Hum) ..., mas não.

I – (Hum) ... Nem verbalmente ou um aumento do tom de voz ...?

E – Sim, isso verbalmente, (Hum) ... eu pensei logo na física, mas verbalmente sim, já.

I – E que tipo de ... como é que o doente ...

E – O doente estava muito delirante, e ..., e o utente estava doente, a dizer asneiras, (Hum) ..., era isso, não era específico para mim, era para quem estivesse ali ... era comigo, era com os polícias que o acompanhavam, era com os auxiliares, era com os bombeiros, era com toda a gente Portanto, não senti que aquilo fosse mesmo dirigido para mim, mas

I – Então e fisicamente?

E – Fisicamente aqui nunca.

I – E verbalmente?

E – Verbalmente sim, mas também tinha consciência que aquilo ...

I – E o que é que ele lhe disse concretamente?

E – Era uma asneira ... não era ... era uma asneira ...

I – E foi só uma vez?

E – (Hum) Eu penso que deve ter sido para aí duas ou três vezes, mas tudo muito semelhante, asneiras ..., pessoas muito delirantes, pessoas/doentes compulsivos, (Hum) ..., há espera aí ... estou a lembrar-me agora, quer dizer ..., já fui também agredida fisicamente, por uma velhota com uma demência, pronto arranhou-me aqui o braço, até acho que ainda tenho para aqui a marca, (Hum) ..., queria-se ir embora ... e nós agarrámo-la e ela acabou por me arranhar o braço, mas nada assim de muito mau

I – Situações de agressividade verbal, não era ?

E – Sim, agressividade verbal e física, essa do arranhão, (Hum) ..., só isso que me lembro.

I – Agora a questão número dois: Quando foi agredido o que é que fez? E que procedimentos costuma usar?

E – O que é que fiz? (Hum) ... a velhota ..., pronto, lembro-me que acho que ..., acabámos por conter a senhora, porque ela estava muito desorientada, queria-se ir embora e acabámos por contê-la só espacialmente, aqui no quarto com o quarto fechado, (Hum) ... e ... tentámos que fosse lá outra pessoa, porque ela reagia melhor aos homens do que às mulheres e então pedi ao colega que estava comigo para estar com a senhora e foi isso que aconteceu ... se bem que ele depois acabou por ser arranhado e agredido pela senhora Nos outros casos, as pessoas também acabaram por ser contidas, (Hum) ... e pronto, por fazer medicação e essa senhora também acabou por fazer medicação e depois acabaram por ficar mais calmas ..., (Hum) ...

I – Queres falar um pouco sobre a intervenção ao utente?

E – (Hum) ... pois ... da senhora, dos outros ou de todos ?

I – De todos ...

E – Os internamentos compulsivos são sempre aquelas situações de tensão que são sempre muito ansiogénicas, quer para as próprias pessoas, quer para os próprios

profissionais que ... que estão e pronto, a minha sensação é que toda a gente quer que aquilo acabe rapidamente e ... às vezes, (Hum) ... acho que acaba-se por utilizar um bocadinho a força e a agressividade, quando se a gente tivesse ali mais um bocadinho com a pessoa, a tentar conversar com ela, às vezes podia-se ter outro tipo de resolução, mas eu também percebo que aquilo seja um pouco angustiante, e que as próprias pessoas, os próprios doentes acabem por transmitir aquela ansiedade em nós ... e nós também queremos ver aquilo resolvido rapidamente ... e são situações que realmente, pronto temos de lidar com elas, mas não são fáceis para ninguém ..., (Hum) ... e pronto e é isso, e as outras situações que às vezes, que aconteceu, com essa velhota, que não foi nada de internamento compulsivo, nem nada, acabei por lidar bem com aquilo, e mesmo nos outros casos percebemos que as pessoas estão doentes e pronto, tentamos utilizar o menos violência possível, mas às vezes é inevitável, (Hum) ... até porque, quando estão aqui só mulheres, parece que não, mas a presença de um homem ...

I – Mas violência como?

E – (Hum) ... eu agora neste caso estou a falar de física, (Hum) ... porque, eu sou uma pessoa pequenina, não sou assim de grande porte, vá-la e ... também sei que facilmente se me quiserem dar porrada (Ri) vá-la ...

I – Aqui a questão é, no que respeita aos procedimentos que costuma usar?

E – Que procedimentos costumo usar? Normalmente é ... pronto ... tentar abordar a pessoa, tentar acalmá-la, diminuir os estímulos, sei lá ..., (Hum) ..., proporcionar um ambiente mais calmo, mais seguro, às vezes até escurecer o quarto, o que for preciso, (Hum) ... tentar disponibilizar a minha presença, para as pessoas perceberem que quero mesmo ajudá-las, não é? ... e que estou ali realmente preocupada com o que lhes está a acontecer, depois claro, a medicação acaba por ser sempre um trunfo, que nós temos, e ... as contenções, quer sejam as espaciais, quer seja em contenção emocional, quer em contenção mesmo física ... mas pronto, tento sempre primeiro ir através do diálogo, tentar acalmar as pessoas e tentar fazê-la perceber que se calhar precisa de ser internada, precisa de ajuda que lhe estamos a proporcionar ... (Hum) ... tento sempre ir por essa via, às vezes resulta, às vezes não, às vezes tem-se mesmo, (Hum) ... pedir ajuda a

outras pessoas para contermos a pessoa, porque ela não aceita e pronto, são sempre situações que uma pessoa tenta que não aconteçam, mas às vezes é inevitável.

I – Queres falar concretamente sobre alguma, especificar mais algum desses procedimentos?

E – (Hum) ... Sei lá ...

I – Falas-te dos procedimentos de contenção emocional, da contenção física ... terapêutica, a presença ...

E – Eu dá-me muito prazer esta parte da comunicação e da presença, (Hum) ..., porque realmente funciona e tentamos sempre ... Lembro-me sempre, por acaso, tivemos um caso muito interessante, de um rapaz que era estrangeiro, acho que ele era belga, ou uma coisa assim, também tinha estado na África do Sul e que ele não nos percebia, nós não o percebíamos muito bem também, e a pessoa que estava comigo não sabia falar inglês e eu estava ali a tentar transmitir-lhe que ele precisava ficar cá, precisava fazer análises, ele queria-se ir embora, nós já estávamos todos prontos para o conter, ele já estava deitado e tudo, e estava assustadíssimo, com uma data de gente à volta dele e de repente a pessoa que estava comigo a fazer turno, vira-se para mim e diz-me assim, eu não sei falar inglês, mas diz-lhe que nós estamos assustados com ele, que ele nos possa fazer mal e que nos possa agredir e ... estamos com medo dele e eu pronto ... falo mais ou menos inglês disse-lhe isto e foi espetacular, depois começou-se a rir, ele estava cheio de medo e começou-se a rir, então vocês estão com medo de mim? Mas eu também estou com medo de vocês e ... foi fantástico que ... pronto ele também não se estava a aperceber do que estava a acontecer e ... e estava a pensar que nós lhe íamos fazer mal ... e a partir do momento que ele percebeu que nós também estávamos a fazer aquilo, porque estávamos com medo que ele se agredisse a ele próprio ou nos fizesse mal a nós, foi uma mudança completa e a pessoa ..., isso foi um pequeno exemplo, como é incrível o poder da comunicação e eu tento sempre mais explorar essa via, e tenho tido alguns resultados que eu acho que são bons e (Hum) ... acho que é importante começarmos por aí. Até porque a comunicação não-verbal, dá-nos muitas pistas e para a relação terapêutica, que no fundo é a nossa arma aqui na Psiquiatria, não é? Estamos a

estabelecer uma relação com a pessoa e se não for através da comunicação, não sei como é que será ... (Ri)

I – Acha que a forma como comunica com o utente pode induzir a comportamentos agressivos?

E – Acho, acho que pode, quando por exemplo ... nós não estamos disponíveis para a pessoa, quando estamos, não estamos disponíveis para estar aqui. (Hum) ... e eu acho que já aconteceu isso com toda a gente quando nós queremos apressar as coisas e vamos lá a despachar e não estamos preocupados mesmo com a pessoa. Estamos preocupados com as nossas coisas que temos de resolver ... ou que chatice e às vezes respondemos mais mal, e acho que sim, que isso às vezes pode desencadear uma escalada na agressividade, que pode culminar com uma agressão física, pronto ... isso eu tenho a certeza absoluta, que o modo como nós comunicamos pode de certeza, por exemplo ... logo condicionar a relação terapêutica.

I – Quer dizer algum exemplo ou especificar a forma como se comunica pode induzir o comportamento agressivo?

E – (Hum) ... se entra aqui uma pessoa ... (Hum) ... por exemplo, (Hum) ... sei lá, um internamento compulsivo, senos começarmos logo também a gritar com a pessoa, a pessoa começa a ficar mais agitada e se nós ... eu já tenho visto isso, às vezes, por exemplo, os policias, ou os bombeiros, por exemplo, recordo-me aí da situação de um bombeiro, também o doente estava muito delirante e começou a ... (Hum) ... ainda estava à espera de ser observado e começou a provocar ... a provocar!! Ele estava doente, um bocadinho a dizer que ele era homossexual, e aquelas coisas e que lhe ia fazer bruxedos e o bombeiro começou a ficar tão irritado e a falar tão alto para o homem e o Sr. Começou a descompensar, começou a ficar mais agitado, mais tenso, e entretanto, nós pedimos ao Sr. Bombeiro para ir tomar um café, para deixar de estar ali, nós ficámos com a pessoa a tentar acalmá-lo, a dar um copo de água e a pessoa começou a ficar mais calma e depois tentámos que os dois não tivessem em contacto, enquanto ele não fosse observado pelo Psiquiatra ... pronto, por exemplo, este exemplo.

I – Tentar acalma-lo um pouco?

E – Primeiro a partir daquele momento, separa-mos um do outro, porque estava ali a haver uma fricção, daquele contra ataque, depois, (Hum) ... deixa-los falar na nossa sala, mostrávamos que estávamos ali preocupados com eles e disponíveis, (Hum) ... perguntar se ele queria alguma coisa, ou um iogurte, ou um copo de agua, acho que ele acabou por beber um copo de agua e ... depois de ouvir, apesar de ele estar doente, ele tinha alguma critica que também estava a provocar a pessoa, pois, mas também realmente sim, ele procurava os argumentos dele, tentava-mos falar com a pessoa, mas também com um tom mais baixo e a pessoa ia baixando o tom, e dizia ai sim, desculpe, eu sei que realmente esta aqui outras pessoas ... dessa forma.

I – Agora a questão numero quatro: costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira a agressividade? Que lhe dispersa mais atenção?

E – (Hum) ... Isto varia muito de pessoa para pessoa, e as vezes quando a pessoa esta com um olhar muito desconfiado, ou muito tensa, (Hum) ... que não conseguem estar paradas, Às vezes, quando veem a gritar ... pronto ou nós vemos que a pessoa esta mesmo a alucinar, pela postura dele, conseguimos perceber que aquilo vai acabar mal ... e então ai, temos de começar logo a intervir, se calhar fazer logo uma medicação, avisar logo o medico, preparar alguma cama com algum cinto, para se calhar estarmos a ver que aquilo não vai se não travarmos ali, aquilo vai continuar a subir na escala da agressividade e ...

I – E que postura é que se nota no doente?

E – Quando o doente esta muito tenso, quando andam de um lado para o outro, por exemplo (Hum) ...

I – Agora a questão numero cinco, na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo?

E – (Hum) ... Portanto ... quando ele já esta a ser agressivo, é isso?

I – Sim ...

E – Portanto eu acho que em primeiro de tudo, temos de nos proteger, não é? Estamos ali para cuidar dessa pessoa, mas também das outras que estão lá, portanto ... temos de nos proteger a nós e proteger a ele, (Hum) ... e se proteger a nós implicar conter a pessoa vai ter de ser (Hum) ... portanto o que fazer? Primeiro tentar ver se a pessoa através de diálogo vai ficando mais calma, vai ... percebendo que não esta bem, que precisa de ajuda ... (Hum) ... depois tentar logo conjunto com o médico, ver se há alguma forma de com a medicação também que tenha de ser realizada ... que tenha de ser administrada, normalmente, nestas causas tem de ser (Hum) ... e se for depois também necessário conter a pessoa terá de ser. Acho que é para ai ...

I – Há pouco referiste a contenção emocional, queres falar alguma coisa sobre isso?

E – (Hum) ... já tenho ... já me aconteceu várias vezes, situações dessas, em que as pessoas estão também, normalmente aconteceu-me mais foi com pessoas deprimidas, também com pessoas que não querem falar, que estão muito isoladas, e depois o facto de estar ali, de estares ali disponível com a tua presença, às vezes as pessoas de um momento para o outro começam num pranto, ali a chorar, libertam todo aquele fardo que sentem.

I – E aqui na agressividade?

E – Aqui na agressividade não me estou aqui a recordar, de nenhuma situação em concreto ... (Hum) ...

I – Agora a questão numero seis, Quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – (Hum) ... primeiro do que tudo, acho que muitas vezes a principal dificuldade é as pessoas não perceberem que a pessoa está a ser agressiva porque está doente (Hum) ..., as vezes as pessoas confundem isso, (Hum) ... aí porque é má pessoa, porque tem mau feitio ... e depois porque também agredem o doente de forma gratuita, eu já vi acontecer e ...

I – situações ao nível profissional?

E – Sim, já vi acontecer e questões agressivas para mim, eu detesto violência mesmo ... e acho que as pessoas que trabalham num serviço de psiquiatria têm de perceber que as pessoas que nos atendemos estão doentes, portanto ... podem ser agressivos, não é? Que não é o geral, não no nosso dia-a-dia, não é geral, no geral as pessoas não são agressivas, mas podem ser agressivas e muitas vezes são agressivas porque estão doentes, ou as vezes porque estão a ouvir ... ou porque pensão que nós lhe vamos fazer mal, ou porque estão delirantes, ou porque, ... sei lá ... em numeras situações eu acho que as pessoas percebem isso, porque não está muito claro para algumas pessoas ... depois ... muitas vezes estas situações de agressividade, temos de pedir a colaboração de outros profissionais, quer de médicos quer de enfermeiros, e as vezes as coisas não estão bem entrosadas entre nós ... acho que havia por exemplo de haver formação a esse nível, para as coisas correrem melhor, (Hum) ..., não sei (Hum) ... por exemplo eu lembro-me quando estive noutra serviço, nós tivemos mesmo formação e eu as vezes bastava olhar para um auxiliar e eu já sabia que ele percebia o que ia-mos fazer a seguir e eu deve ser por estar aqui há pouco tempo, ainda não sinto isso com os auxiliares por exemplo, (Hum) ... eu lembro-me quando estava no outro serviço, era só dizer vai lá para o quarto e a pessoa sabia o que eu queria dizer, havia já como que uma química de funcionamento e eu ainda não sinto isso aqui, mas se calhar é por eu ainda aqui estar há pouco tempo ..., mais dificuldades? Pois são situações muito ansiogénicas, para toda a gente e que nos queremos que aquilo passe depressa, como eu há bocado já tinha referido, (Hum) ... e são agressivas também para nós, que estamos a lidar ali com aquelas agressividades todas, daquelas pessoas e as vezes depois a agressividade do grupo, acaba por ser ... para ser abordada de outras formas, com aquele caso que já há pouco referi, em que houve um auxiliar que acabou por agredir de forma gratuita o doente depois de ele já estar contido e pronto aquilo era desnecessário e ele acho que

acabou por projetar a agressividade que o grupo todo estava a sentir e ... mas aquilo também foi uma agressão desnecessária e é difícil depois lidar com estas situações ... (Hum) ... eu depois até fui falar com essa pessoa e foi difícil também falar com ela e dizer-lhe tu não podes voltar a fazer aquilo, eu percebo que estás zangado e que o homem até agrediu um colega nosso, mas a pessoa está doente, o homem está doente e isso também foi para mim difícil de Assis aquilo e depois ter eu de ir falar com a pessoa, isto custa fazer isto, custa mesmo ... é difícil.

I – Muito obrigado pela sua colaboração.

Entrevista 9

I – São seis questões e a primeira e a primeira questão é: Durante a sua experiência de urgência já foi agredido alguma vez?

E – Na urgência? Não. Há! Já! Já! Já! Já fui já!

I – Como? Qual foi o tipo de agressão e quantas vezes foi agredido?

E – há! Fui só uma vez e foi uma agressão física ... mas queres que eu diga o que a pessoa fez?

I – Sim, especificar.

E – Puxou-me a bata e rasgou-me a bata toda.

I – E quando disseste que foi só agressão física e outros tipos de agressão? agressões verbais? ...

E – (Hum) ... agressões verbais são capaz de já ter acontecido algumas ... pronto chamar nomes ... Sim ... já houve certamente mas eu não dou muita importância, muita atenção a essas.

I – Física foi só uma vez, certo?

E – Sim.

I – Outro tipo de agressão, qual é a frequência se é diária mensal ou semanal?

E – (Hum) ... Talvez mensal, diária não é de certeza.

I – Quantas vezes?

E – Assim é difícil de quantificar, porque eu também não dou muita importância às agressões verbais, por isso se as pessoas estão ... por exemplo, um psicótico que não esta delirante ... se me chamar nomes eu não dou muita importância, eu não me sinto mal com isso

I – Física uma vez?

E – Sim.

I – Verbal não consegues quantificar?

E – São várias vezes mas não consigo quantificar.

I – Então é mais frequente?

E – sim, mais frequente é verdade.

I – E o que os doentes verbalizaram? Exemplos.

E – Chamaram-me nomes ... normalmente é isso.

I - A questão numero dois, quando foi agredido o que é que fez? Que procedimentos costuma usar?

E – No dia o que é que eu fiz? O que é que eu fiz? (Ri) eu pedi ajuda, pois estava sozinha no quarto, apesar de a doente estar contida, ela estava contida, contenção mecânica suprapúbica, mas tinha as mãos livres e eu fui falar com ela já não sei exatamente o que e ela puxou-me a bata e rasgou-me a bata e então estava sozinha e pedi ajuda, depois vieram as colegas, o outro colega e auxiliar e (Hum) ... e pronto ... além da contenção tivemos de lhe dar o SOS, nessa altura foi porque a doente estava muito agitada, muito delirante e teve de fazer o SOS não houve outra forma de acalmar ... agora não sei, perguntas-te o que se faz habitualmente? (Hum) ...

I - Sim, sim, que procedimentos?

E – Habitualmente depende um bocadinho do contexto, eu neste caso estava sozinha, não é? Estava sozinha, tive de pedir ajuda porque, estava difícil de me safar da situação, ela agarrou-me na bata e não me largava ... agora isso depende, depende muito da situação ... se estou sozinha, se estou acompanhada ... se as doentes já estão internadas, se não estão internadas, depende um bocadinho de cada situação ...

I – Então varia de doente para doente?

E – de doente para doente e de situação para situação. Se tivermos mais pessoas é uma coisa, se tivermos a polícia com o doente, se estiver os quatro elementos, os dois auxiliares e os dois enfermeiros, por vezes dois enfermeiros já contêm o doente ... isso depende um bocadinho ...

I – como é que procedes, que procedimentos ou que intervenções ... fazes contenção mecânica, contenção física?

E – (Hum) ... isso não são as primeiras estratégias que eu utilizo ... isso normalmente são as últimas.

I – E as primeiras?

E – (Hum) ... depende do caso, mas por exemplo se o doente já está agressivo, para já é manter uma atitude calma, não é irmos a traz do doente, que o doente já está agressivo, não vamos também nós ficar agressivos, é manter uma atitude calma, tentar acalma-lo de diversas formas, pronto, mantendo uma atitude calma, o ambiente calmo, chamar colegas, por vezes o facto de estarem mais colegas já ... a pessoa se acalma, porque há muita gente, (Hum) ... só depois disso, se tudo isso falhar, é que se passa à medicação, a medicação preferencialmente é em meio oral, também tento fazer isso, não é?

I – E queres falar mais sobre isso tudo?

E – Isso tudo o quê?

I – Explicar os procedimentos que costumamos utilizar, nesta situação de agressividade, quando dizes isso tudo, diz respeito à tua postura não é?

E – Sim à minha postura ... ao ambiente e depois à própria situação do utente, como é que ele se encontra, por exemplo imagina, aliás, tu sabes, também estas cá, não é? Se o doente já vem com a polícia, já vem a partir tudo, mas às vezes, vem assim, mas às vezes só com a nossa atitude calma e explicando o que estamos a fazer, e onde esta, o doente acalma, o facto de ele vir, por exemplo, para já se são doentes compulsivos é uma coisa muito violenta, não é? Porque a polícia vai busca-los a casa e eles às vezes porque a polícia vai busca-los a casa, e eles as vezes não percebem se estão delirantes, então ... porque é que a polícia os vai lá buscar, portanto é uma coisa muito agressiva para o doente, portanto toda a situação já é agressiva ... Quando eles cá chegam apesar de estarem muito agressivos, nós falamos com eles com calma, explicamos o que é que se vai acontecer ... que estamos cá para ajudar, que somos enfermeiros ... tudo isso às vezes o doente acalma e nem precisa de ser contido.

I – Agora a questão numero três: Acha que a forma como se comunica com o utente pode induzir comportamentos agressivos? De que modo.

E – Claro que pode ... olha se faltarmos ao respeito, por exemplo: e muitas vezes tratam mal os doentes, os doentes chegam tão doentes, são doentes mas são pessoas ... apesar de toda a situação ... por muito delirantes que eles estejam, por muito confusos, têm de ser sempre tratados com respeito, o que muitas vezes não acontece ... isso é o respeito e é a verdade, mas quase sempre podemos dizer a verdade ao doente, às vezes temos de usar ... , mas ... que têm de ficar internados, que vamos ajudar, em principio a pessoa tem de saber, e eu acho que devemos dizer ... fora alguns limites que a pessoa não consegue mesmo, não consegue perceber o que estamos a fazer, depois o tem de voz também, se é alto, se é agressivo, se nós vamos também ser agressivos para ele, agressividade gere agressividade ...

I – Tom de voz ... o dizer a verdade ...

E – Portanto , o respeitar o doente, principalmente o respeitar a pessoa que esta ali, que apesar de estar doente, apesar de estar confusa, apesar de estar agressiva, é uma pessoa ...

I – Questão número quatro: Costuma identificar algum sinal no comportamento do doente que sugira agressividade? O que é que lhe desperta a atenção?

E – (Hum) ... de facto de ... a inquietação, falar alto, andar de um lado para o outro, mexer muito as mãos ... são tudo sinais de que o doente está a ficar ... quer dizer esta a ficar inquieto, e a inquietação pode levar à agitação, entretanto ser uma escalada até à agressividade ... o andar de um lado para o outro, o falar alto, o gesticular muito ... o estar inquieto são tudo sinais que a seguir se de certeza não houver ali uma intervenção, vai escalar

I - A questão numero cinco, na sua opinião o que é que se deve fazer quando o doente está agressivo? Na questão numero 2, o que fez e que procedimentos utiliza, agora o que deve fazer quando o doente esta agressivo.

E - Quando o doente esta agressivo ... devemos tentar ... quer dizer, nem sempre conseguimos, também somos pessoas não é? Tentar manter uma atitude calma, apesar de el estar agressivo, pronto ... tentar comunicar com ele sempre pronto ... apesar de manter uma distancia física, que eu acho que se deve manter, foi por isso que na outra vez fui agredida porque não mantive essa distancia adequada (Hum) ... portanto manter essa distancia fisica ... (Hum) ... olhar para ele, não olhar nos olhos, mas estar sempre ... pronto, conseguir observa-los estar numa posição em que se consiga observar os doentes, conversar com ele sempre de forma calma, tentar traze-lo ... pronto ... tentar acalma-lo pela conversa e pronto ... ter sempre colegas, tentar chamar à atenção dos colegas ... que podem estar connosco, para ... para tentar conter a agressividade, se eventualmente não conseguirmos, pela calma e pela conversa, que não se consegue muitas vezes, temos de ter outra estratégia e então temos de ter ali pessoas ..., geralmente o facto de estar mais pessoas eles acalmam.

I – Pela conversa? ...

E – Pela atitude ... pela atitude calma, mantendo-nos calmos, portanto, nós às vezes também ficamos agressivos, ... pronto o doente está agressivo e nós também ficamos agressivos e temos medo ... e às vezes temos medo e ficamos também agressivos, pronto ... tentar manter a calma, observar sempre o doente, as reações do doente, tentar falar com ele e chamar outros colegas ... (Hum) ... outros elementos da equipe para estarem presentes ... para tentar conter de alguma forma ...

I - Agora a questão número seis, quais as principais dificuldades com que já se deparou no atendimento do utente em situação de agressividade no Serviço de Urgência de Psiquiatria? Que sugestões daria para tentar resolver as dificuldades, mencionadas anteriormente.

E – As dificuldades ... e as sugestões ... Então ... (Hum) ... as principais dificuldades? Às vezes trata-se do espaço físico ... o espaço físico muito pequeno ... ali ... a zona onde ... esta muita gente pronto ... às vezes estão os utentes à espera, estão os polícias, estão os bombeiros e o doente está muito agressivo e esta toda a gente a falar com o doente e (Hum) ... e a gente não consegue ... não se consegue intervir convenientemente, pronto ... o espaço físico é complicado, depois acho que também às vezes, temos ... é assim, não digo que temos falta de pessoal ... porque há períodos que estamos ali sem fazer nada, mas há alturas e situações agressivas ... em que só está ... só esta um auxiliar e um enfermeiro, porque o outro foi jantar ou foi levar doentes, pronto e somos poucos e é complicado ... (Hum) ... porque fora disso é mesmo a nossa sala de trabalho, tem muitos apetrechos ... tem muitas coisas ... tem a maca ... e o espaço é muito curto para tentarmos é complicado ... pronto eu acho que principalmente é a densidade populacional e as vezes esta ali porque é muita gente ... e o espaço ser exíguo ... porque fora isso são habilidades comunicacionais que nós temos de desenvolver ... e podemos fazer formação ... e cada um ... e falarmos uns com os outros, que eu acho que isso é importante ... e desenvolver esse tipo de competências nos elementos (Hum) ... fora isso não sei como agente vai avaliar, para o espaço físico não depende de nós, a densidade populacional ... eventualmente talvez possamos ter o cuidado de ter ali menos gente, mas é sempre muito complicado, porque basta entrar um

utente agressivo, se tiverem ali dois ou três à espera, mais os familiares é mais na mesma ... é muito complicado Às vezes intervir ...

I – Queres referir mais alguma coisa?

E - Não acho que não.

I - Obrigado pela colaboração.