

## RESUMO

O comportamento agressivo é um desafio para as instituições que prestam cuidados de saúde, em particular para as instituições psiquiátricas e os profissionais que lidam com pacientes agressivos, sendo fundamental a redução da incidência destes comportamentos. É importante avaliar e monitorizar os pacientes agressivos e adotar estratégias de gestão do comportamento que permitam reduzir a necessidade de medidas restritivas e de contenção, muitas vezes contraproducentes na diminuição da agressividade, devendo-se investir nas medidas preventivas.

O Instituto São João de Deus (ISJD) tem vindo, progressivamente, a ser solicitado para dar resposta a doentes de superior complexidade, designadamente ao nível das perturbações disruptivas do controlo de impulsos e com predomínio das alterações do comportamento com agressividade. Em resposta a esta necessidade foi elaborado um documento - *Plano de Avaliação e Regulação de Alterações do Comportamento Agressivo (PARA-CA)* que contempla uma revisão bibliográfica sobre a temática do comportamento agressivo e as boas práticas na sua gestão. Este é um instrumento de trabalho para a prática dos profissionais de saúde que intervêm junto desta população, estando a servir de suporte à formação contínua dos técnicos da Casa de Saúde do Telhal, promovendo assim uma prestação de cuidados de saúde diferenciada, inclusiva e de qualidade.

## INTRODUÇÃO

Os técnicos de saúde mental deparam-se diariamente com utentes com alterações comportamentais, tais como agitação psicomotora e comportamentos agressivos/violentos associados, encontrando-se descrito num estudo nacional, uma prevalência de comportamentos agressivos na ordem dos 52,8% em unidades de longo internamento. A agressão é o comportamento com intenção de ameaçar ou ferir a segurança, a integridade ou a auto-estima da vítima, e cumpre uma função no contexto em que ocorre. Recorrendo à agressão e à violência, o indivíduo tenta assim obter o controlo do seu ambiente através de comportamentos como gritar, insultar, ameaçar, bater, ferir, ou partir objetos. Pretende-se, com este documento, promover o conhecimento e a implementação de boas práticas de prevenção e gestão dos comportamentos agressivos.

## MÉTODO

Revisão bibliográfica sobre gestão do comportamento agressivo em saúde mental.

## VARIÁVEIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO AGRESSIVO

CAUSAS MÉDICAS COMUNS QUE SE MANIFESTAM COM COMPORTAMENTO VIOLENTO	VARIÁVEIS RELACIONADAS COM UTENTE
<b>a) AGITAÇÃO POR DOENÇA MÉDICA</b> Traumatismo craniano fechado ou hemorragia intracraniana Infecção causando encefalite ou meningite Encefalopatia Exposição a toxinas Alterações metabólicas (ex. hipo/hipernatremia, hipoglicemia, hiperglicemia) Hipoxia Doença tireóidea Convulsão (pós ictal) Ingestão ou overdose de medicação (incluindo efeitos idiossincráticos ou tóxicos) Doenças vasculares Neoplasias Demência Delirium/estado confusional agudo	• Idade mais jovem • Antecedentes de violência • Diagnóstico: esquizofrenia, episódios maníacos, perturbação de personalidade, consumos de álcool e drogas, deficiência intelectual
<b>b) AGITAÇÃO POR INTOXICAÇÃO/ABSTINÊNCIA</b> Álcool Drogas recreativas (cocaína, MDMA, metanfetaminas, GHB, inalantes, sais de banho, etc) Medicação (opioides, BZD, barbitúricos, baclofeno)	<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS COM UNIDADE</b> • Baixo ratio de pessoal • Regras pouco claras • Mistura de tipologia de doentes • Localização dos incidentes (sala de estar e enfermarias) • Hora dos incidentes (refeições, fins de semana e à noite) • Falta de atividades • Falta de espaços exteriores • Falta de tempo dos profissionais • Longos tempos de espera • Hiperstimulação ambiental • Bullying
<b>c) AGITAÇÃO POR DOENÇA PSIQUIÁTRICA</b> Doenças psicóticas Mania Depressão agitada Perturbação da ansiedade Perturbação da personalidade Perturbação neurocognitiva	<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS COM EQUIPA</b> • Experiência profissional • Menor nível educacional e menor formação em psiquiatria/gestão da agressão • Elevada proporção de utentes em relação aos colaboradores
	<b>VARIÁVEIS DE INTERAÇÃO</b> • Relacionamento entre utentes • Técnicos com interação mais restritiva, punitiva e controladora • Relacionamento utentes-equipa

## GESTÃO DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO

- NÍVEL 1:** Controlo de fatores ambientais e operacionais do próprio serviço que podem aumentar o risco de agitação ou agressividade;
- NÍVEL 2:** Antecipação/diagnóstico precoce do risco de agitação/agressividade, com intervenção que impeça a escalada da agressividade;
- NÍVEL 3:** Intervenção adequada, no caso de comportamento agitado ou agressivo já instalado.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

Intervenções centradas no utente	Plano de cuidados individualizado	Conhecimento do utente e da sua história clínica
Conhecer e identificar fatores de risco e sinais de alerta	Controlo de fatores indutores de frustração no doente	Minimização dos tempos de espera
Definir regras e limites claros e consistentes	Envolver o doente nas decisões a tomar	Adequar o ambiente terapêutico
Relação terapêutica baseada na empatia e na escuta ativa	Promover clima positivo e trato diligente e respeitador	Adequar a comunicação a cada utente
Promover intervenções face a face	Realizar atividades estruturadas e significativas para os doentes	Possibilitar saídas ao exterior de acordo com as possibilidades e motivações dos doentes
Recurso a iluminação natural	Ajustar a lotação das unidades e diminuir a densidade de doentes de tipologia complexa	Avaliar riscos de integração de utentes de diferentes patologias
Garantir recursos humanos em rácio ajustado à correta aplicação das intervenções terapêuticas	Ter equipas com formação regular para a intervenção na gestão do comportamento agressivo	Atendimento precoce e com privacidade
Redução de estímulos externos e afastamento de pessoas que possam destabilizar o doente	Ter equipas multidisciplinares sob liderança assertiva	Comunicar eficazmente dentro da equipa
Calendarizar reuniões de equipa	Gerir preventivamente o <i>burnout</i> na equipa	Definir protocolos de intervenção na gestão do comportamento agressivo

Modelos de intervenção centrados na PREVENÇÃO associam-se a taxas de redução de conflitos na ordem dos 15% e taxas de redução da contenção de 23%

## MEDIDAS ANTECIPATÓRIAS

### SINAIS DE ALARME DO COMPORTAMENTO AGRESSIVO (NICE, 2015)

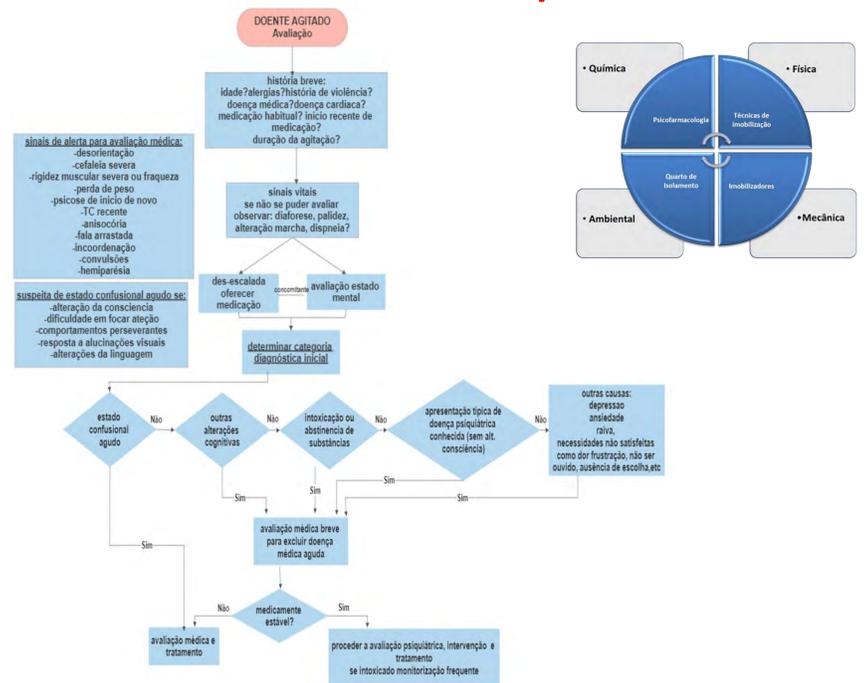
- Verbalização em voz alta e/ou ameaças verbais
- Afastar o olhar ou contacto visual prolongado
- Face rosada e olhos ruborizados
- Expressões faciais de zanga
- Raiva
- Postura corporal tensa
- Frequentes mudanças na postura corporal
- Marcha acelerada
- Extrema ansiedade e irritabilidade
- Euforia inapropriada ou excessiva
- Comunicação de sentimentos violentos ou de zanga
- Dificuldades de comunicação
- Falta de cooperação/hostilidade
- Conteúdo incomum do pensamento
- Excitação/ desorientação
- Barricar áreas de passagem
- Comportamento provocador
- Manifestação de atos agressivos como atirar objetos ou comportamentos autoagressivos
- Comportamento idêntico ao que já precedeu um episódio violento

### RESPOSTA A PACIENTES QUE APRESENTAM AGITAÇÃO OU QUANDO A AGRESSÃO É IMINENTE (Técnicas de Des-Escalada)

- Evitar movimentos bruscos
- Ser empático, flexível e não fazer julgamentos
- Não ser provocador nem confrontar ideias
- Manter mãos relaxadas, manter não confrontação postural e não olhar fixamente paciente
- Manter distância física de 1,5m a 3m
- Evitar fazer anotações
- Apresentar-se e aos outros membros da equipa
- Uso conciso de linguagem, sem termos elaborados nem técnicos
- Identificar sentimentos e desejos do paciente
- Ouvir com atenção o que o paciente tem a dizer e reafirmar o que o paciente disse para compreensão mútua
- Concordar com verdades específicas, generalidades e situações minoritárias
- Estabelecer normas e limites de forma clara
- Proporcionar escolhas
- Ver se todos tiveram possibilidade de falar
- Encaminhar doente para espaço sem outros doentes
- Comunicar ao paciente que se espera que mantenha o controle e que a equipa pode ajudar

Para avaliação do risco sugere-se a BVC (Brisset Violence Checklist) com precisão de 63% na previsão de que a violência irá ocorrer dentro de 24h e uma precisão de 92% na previsão de que a violência não vai ocorrer.

## MEDIDAS DE CONTENÇÃO

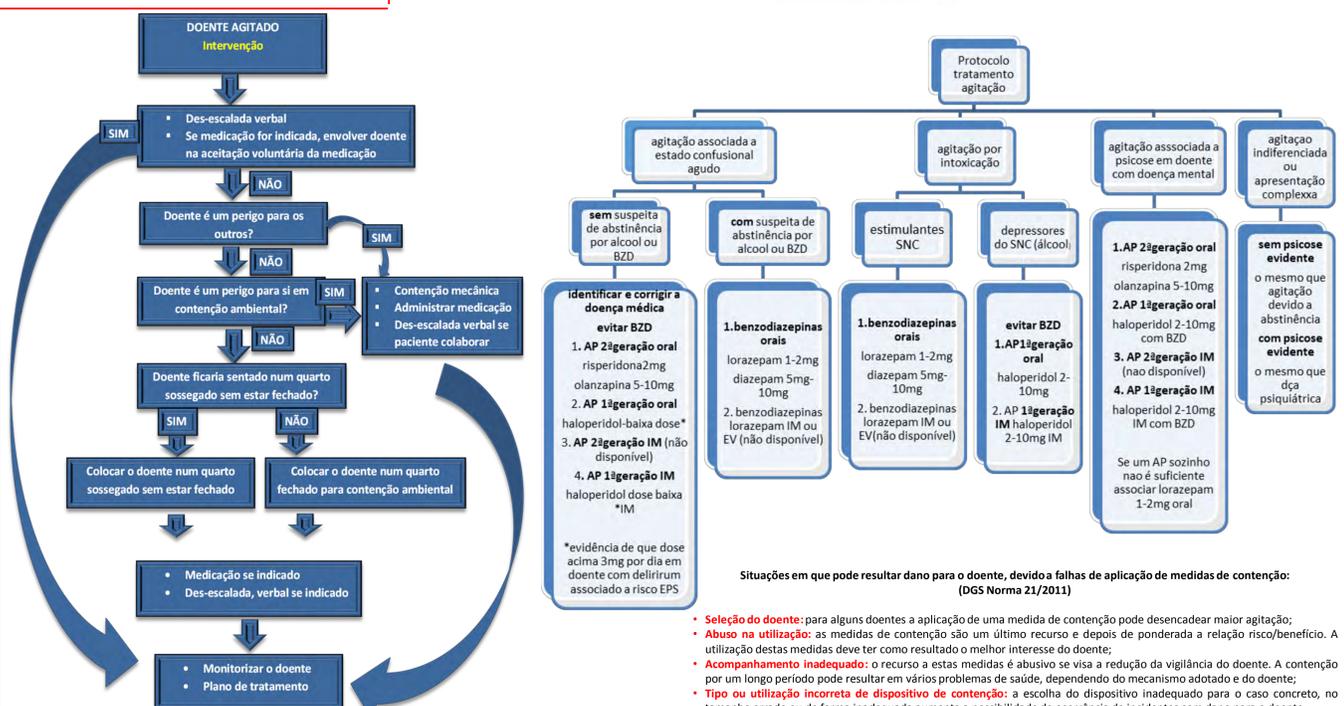


## THE JOINT COMMISSION STANDARDS PARA CONTENÇÃO AMBIENTAL E MECÂNICA

- A organização usa contenção mecânica e ambiental apenas quando clinicamente justificado ou quando o comportamento do paciente ameaça a segurança do próprio, equipa ou outros
- A organização usa contenção de forma segura
- A organização inicia contenção baseada numa ordem individual
- A organização monitoriza os pacientes que estão em contenção ambiental e mecânica
- A organização tem políticas escritas e procedimentos para guiar o uso das contenções
- A organização avalia e reavalia o paciente contido
- A organização monitoriza continuamente os pacientes que estão simultaneamente com contenção ambiental e mecânica
- A organização treina as equipas para implementarem de forma segura a contenção
- A organização reportará as mortes por uso de contenção

## DOCUMENTAÇÃO

- Médico**
- Documentar porque é que a contenção física e química foi escolhida e é necessária; citar que as técnicas verbais falharam em acalmar o paciente
  - Registrar informação específica sobre as razões da contenção, o risco para si e para outros, o planeamento da avaliação médica e a avaliação da capacidade do doente na tomada de decisões
  - Registrar a avaliação no período antes da contenção
  - A indicação da contenção deve ser limitada no tempo
  - A ordem de contenção deve ser reavaliada regularmente em intervalos de curtos períodos
- Enfermeiro**
- Frequentemente reavaliar os sinais vitais do doente, a sua condição e necessidades pessoais
  - O doente deve ser avaliado a cada 15 minutos para:
    - Sinais de lesão associada à aplicação da contenção
    - Avaliar nutrição e hidratação
    - Circulação e leque de movimentos das extremidades
    - Sinais vitais
    - Higiene e eliminação
    - Estado psicológico, físico e conforto
    - Pronúncia na descontinuação da contenção
    - Prevenção de acidentes tromboembólicos (DGS normativa de 2007), com as respetivas intervenções terapêuticas



Cada situação em que houve recurso a medidas de contenção deve ser objeto de análise da sua adequação pela equipa. É recomendada a realização da avaliação posterior, nas 72h seguintes, que permita a análise do incidente, com o objetivo de melhoria das práticas realizadas. Para este fim pode ser utilizada a Escala de Observação de Comportamentos Agressivos-Revista (SOAS-R).

## CONCLUSÃO

O comportamento agressivo é um fenómeno dinâmico, espontâneo ou mais frequentemente escalonado permitindo gradiente adaptado nas intervenções. As boas práticas recomendam colocar o enfoque na PREVENÇÃO dos comportamentos agressivos, utilizando uma comunicação eficaz dentro da equipa e entre equipa-utente. Perante o crescendo de potencial de agressividade, devem ser aplicadas medidas ANTECIPATÓRIAS recorrendo a técnicas de des-escalada da agressividade. As medidas de CONTENÇÃO são o último recurso, quando esgotadas todas as anteriores, e devem ser usados métodos o menos restritivos possível, procurando envolver o utente nas decisões terapêuticas. É preferível a contenção química à mecânica para controlar o paciente agressivo, podendo ser usadas em conjunto. É fundamental refletir em equipa sobre a aplicação destas medidas e procedimentos, visando a melhoria contínua na implementação integrada das intervenções.

## BIBLIOGRAFIA

- Abdelhaiden, C. (2008). The systematic assessment of the short term risk for patient violence on acute psychiatric wards. Dissertação de Doutoramento publicada por Universitaire Pers Maastricht NL. Maastricht University. Bernsteln, C. (2019). The agitated patient, on call psychiatry chapter 5, (4th ed). Elsevier. Bernsteln, C. (2019). The violent patient, on call psychiatry chapter 5, (4th ed). Elsevier. Casa de Saúde do Telhal, Instituto S. João de Deus, 2019. Comportamento agressivo: Como actuar II, powerpoint da ação de formação "Comportamento Agressivo: como actuar II", Curry A.; Simpson S. (2022). Management of the violent patient, emergency medicine secrets, Chapter 98, 7th. *Direção-Geral de Saúde (2007)*. Medidas Preventivas de Comportamentos Agressivos/Adolescentes contendo físico. Lisboa: DGS. *Direção-Geral de Saúde número 23/2011*. Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa o seu segurança ou da sua envolvente. Lisboa: DG Guerrero; Mycya M. (2022). Physical and chemical restraints. *Emerg Med Clin N Am* 38 (437-451). Heizer, J. D.; Moore, G. P. (2018). The combative and difficult patient. In Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice (pp. 2375-2386). (9th ed.). Elsevier Saunders E. (2013). The violent patient, emergency medicine, chapter 95, 7ed. Elsevier. Johnson, M. E. (2004). Violence in inpatient psychiatric units. *State of the science journal of the American psychiatric Nurses Association*, 30, 113-121. Knox, D., Hillman, E. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraints. *Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup*. *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.10(1), February 2012. Larkin, S.; Anderson, M. K.; Nordstrom, M.; Hwang, C. (2018). Implementation of the safeguards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units. An interrupted time-series analysis. *Psychiatr Res* 2018 01:1151-1152. doi: 10.1016/j.psychres.2018.04.026. [Epub 2018 Sep 8]. Mantovani, C.; Mignin, M. N.; Alberti, F. V.; Del-Rem, C. M. (2019). Managem de paciente agitado ou agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, Supl II, (95-103). Marques, M. L. (2008). Violência em contexto psiquiátrico: Avaliação do efeito de um programa com atividades assistidas por primatas. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Marques, M., Bessa, A., Santos, L., Carvalho, S. & Neves, G. (2015). Assessment of the Risk of Violence in Portuguese Psychiatric Settings Using the Brisset Violence Checklist. *Sociology Study*, Vol. 5. Newman W. (2012). Psychopharmacologic management of aggression. *Psychiatr Clin N Am* 35(2012):957-972. NICE (2015). Guideline Violence and aggression:short-term management in mental health, health and community settings. Nordstrom K. (2012). Medical evaluation and triage of the agitated patient: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA medical evaluation workgroup". *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.10(1), February 2012. Popoli, L et al. (2008). Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA best practices in the evaluation and treatment of agitation. *JACEP open* 2020:1898-90. Stowell K. (2012). Psychiatric evaluation of the agitated patient: Consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychiatric evaluation workgroup". *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.10(1), February 2012. Valentim, O.; Laranjeira, C.; Querido, A. (2020). Evolução em saúde mental: do conceito à ação. (1st ed). Escola Superior de Saúde de Setúbal. ISBN: 978-972-982364-0-2-24x60