

# A Percepção da Violência em Psiquiatria: Perspectiva dos Enfermeiros

Maria Isabel Dias Marques \*  
Aida Cruz Mendes \*\*



O fenómeno da violência em contexto psiquiátrico está, em Portugal, pouco estudado.

Sabemos que no seu quotidiano, os enfermeiros percebem alguns comportamentos violentos através da relação que estabelecem com os utentes. No entanto, este parece que se tornou num novo tema tabu. Tal como noutros domínios, o “não-dito” assume particular relevância para a compreensão do fenómeno.

Neste artigo apresentam-se os resultados de um estudo que visou a identificação e análise da atribuição de significados e juízos formulados por enfermeiros de diversas instituições psiquiátricas da região centro.

## Introdução

A violência pode ser entendida considerando as suas manifestações, o alvo da sua acção, o agente que a provoca e ainda o contexto em que decorre. Este conceito tem sido definido como *uma erupção física ou emocional contra os outros ou contra si mesmo* (BRENDLER, 1994) pressupondo uma acção com carácter destrutivo sobre as pessoas e/ou os objectos e implicando uma alteração pessoal e social. De acordo com ECHEBURÚA (2000), a sua eclosão pode ocorrer de forma impulsiva ou perante diferentes condições situacionais. Por sua

vez, é consensual que a compreensão do seu significado só é possível tendo em conta o contexto em que é produzida.

Assim, no contexto dos serviços de saúde mental, a violência tem sido definida como um *acidente onde profissionais* (médicos e enfermeiros, entre outros) *são ameaçados e/ou atacados fisicamente no seu ambiente de trabalho, envolvendo implícita ou explicitamente mudanças na sua segurança, no seu bem-estar ou na sua saúde* (CEMBROWICZ, RITTER e WRIGHT, 2001: 118).

Os enfermeiros, devido à natureza do seu trabalho, que requer maior proximidade e mais permanência, são o grupo profissional de maior risco. Um estudo comparativo realizado por TARDIFF (1996), envolvendo psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, confirmou

\* Mestre em Ciências de Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

\*\* Doutora em Psicologia da Educação, Mestre em Saúde Ocupacional, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

esta hipótese. Este autor refere que, no seu estudo, 80% dos enfermeiros foram, pelo menos uma vez, agredidos pelos doentes ao longo da sua prática profissional e estiveram muitas vezes presentes em situações de violência.

A violência nos serviços de psiquiatria portuguesas, à semelhança do que acontece noutros países, é um problema real, ainda que num plano silencioso. CARAPINHEIRO e LOPES (1997), desenvolveram um estudo sociográfico sobre as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses. Dos resultados divulgados alguns possuem uma importância particular na divulgação daquela realidade oculta. Destacamos:

- *as agressões físicas de utentes/familiares contra os profissionais assumem maior expressão nos Serviços de Urgências e de Psiquiatria;*
- *a incidência das agressões físicas de utentes/familiares contra profissionais nos serviços dos Hospitais Psiquiátricos é maior do que nos serviços dos Hospitais Gerais;*
- *o grupo profissional mais agredido é o dos enfermeiros.*

A existência de perturbações mentais que podem ter na sua expressividade o comportamento violento responde em parte, mas não totalmente, pela maior ocorrência de fenómenos de violência em serviços de psiquiatria. Sendo os enfermeiros que, na prestação de cuidados aos utentes hospitalizados com problemas de Saúde Mental e Psiquiátrica, lidam mais directamente com os doentes, a possibilidade de presenciar e/ou de se ver envolvido numa situação de violência está aumentada. Por outro lado, é igualmente importante considerar o facto de que alguns internamentos não ocorrem por livre decisão do doente. A Lei 36/98, que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental, prevê o internamento compulsivo através de uma determinação judicial dirigida à pessoa portadora de anomalia psíquica grave que desenvolva comportamentos violentos pondo em perigo bens jurídicos, de relevante valor, de natureza pessoal ou patrimonial e recuse submeter-se ao tratamento.

Ora, perante situações de emergências psiquiátricas e de admissões involuntárias, através de internamento compulsivo, que envolvem a assistência de utentes com comportamentos violentos, os enfermeiros têm de ajudar a controlar esses comportamentos, tentando proteger a segurança dos utentes e a sua própria segurança. Estas exigências profissionais coloca-os em situações de risco. Segundo NIJMAN *et al.* (1997), este é um fenómeno que prevalece especialmente na primeira semana de hospitalização, quando os efeitos terapêuticos da medicação ainda não resultaram.

No entanto, a percepção da violência nos serviços de psiquiatria não é só construída através da experiência directa de estar envolvido num qualquer incidente. De facto, tal como foi estudado por MONTEIRO (2000), na sua Dissertação de Mestrado, as histórias de vida recolhidas sobre os percursos institucionais, em doentes internados numa unidade de inimizáveis, permitem identificar três formas de violência: a violência entre os doentes internados, a violência entre os doentes e os técnicos e a violência perpetrada contra o próprio doente (auto-agressão, tentativa de suicídio e suicídio), cada uma delas contribuindo para a percepção da violência nos serviços de psiquiatria. É assim que no seu quotidiano profissional, os enfermeiros percebem os comportamentos violentos/agressivos através da relação que estabelecem com os utentes atribuindo-lhes significados e formulando juízos sobre os mesmos. O conhecimento destes elementos e das condições mediadoras da sua formulação ajuda-nos a compreender a forma como os enfermeiros lidam com a violência. Acreditando neste pressuposto e tentando compreender este fenómeno no seu contexto, realizámos um estudo com o objectivo de identificar a percepção de violência nos serviços de psiquiatria pelos enfermeiros que ali trabalham.

## Metodologia

Tendo em conta o carácter exploratório deste estudo e os objectivos delineados decidimos

recorrer a uma metodologia qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas e respectiva análise de conteúdo. As questões de partida: *Será percebida violência nos serviços de psiquiatria?; Em caso afirmativo, qual a atribuição de significados sobre a mesma?; Quais as consequências atribuídas à violência?; Quais as estratégias utilizadas perante a violência percebida?*, orientaram a investigação.

Os enfermeiros, considerados neste estudo, são profissionais com formação em Enfermagem Geral (Bacharelato ou Licenciatura) e/ou com formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o que lhes permite actuar de acordo com os referenciais académico-profissionais, seguindo as orientações regulamentares ético-legais. Formulam juízos clínicos ou formais sobre os comportamentos dos utentes de modo a diagnosticarem os problemas e a desenvolverem, conseqüentemente, cuidados de enfermagem independentes ou interdependentes (R.E.P.E., decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996).

Considerando a multiplicidade de ambientes e de situações psiquiátricas optámos por restringir o âmbito da nossa análise aos enfermeiros que trabalham em serviços de internamento de psiquiatria para doentes em fase aguda da evolução da doença. Seleccionámos serviços pertencentes a dois Hospitais do Concelho de Coimbra: um Hospital Psiquiátrico e um Hospital Geral Universitário.

O número total de enfermeiros a entrevistar foi definido de acordo com critérios de profundidade e saturação do tema.

A nossa amostra ficou, assim, constituída por 14 enfermeiros. São maioritariamente do sexo feminino (nove enfermeiras) e possuem uma média de idades de 32 anos. Destes, oito trabalham no Hospital Geral Universitário e seis no Hospital Psiquiátrico. Quanto à experiência profissional é em média de 11,9 anos e a experiência em psiquiatria é de 9,4 anos. A maioria (oito enfermeiros) não tem Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

As entrevistas, semi-estruturadas, tiveram como finalidade a produção de narrativas que permitissem

a identificação e análise dos significados e juízos formulados por aqueles enfermeiros. Foi utilizado como instrumento de apoio um guião que incluía um conjunto de questões as quais foram sendo apresentadas na medida, e só nesta, em que se revelou necessário aprofundar as diversas áreas temáticas.

As questões previstas incluíam:

- *Na sua opinião, no serviço de psiquiatria, existe algum tipo/situação de violência?*
- *É capaz de me identificar uma situação desse tipo?*
- *Na situação identificada foi participante activo?*
- *Em que momento e onde se desenvolveu essa situação?*
- *O que pode ter contribuído para que essa situação de violência tivesse surgido?*
- *Perante essa situação o que fez? E o que sentiu?*
- *Considera a violência em Psiquiatria inevitável?*

Estas entrevistas foram gravadas e transcritas permitindo uma primeira aproximação ao conteúdo das narrativas. Após a construção de categorias abertas, de que resultou a elaboração de grupos de elementos com características comuns e que foram identificadas com um título genérico, identificámos as categorias e subcategorias finais que apresentamos (Quadro 1).

A apreciação geral dos discursos produzidos pelos 14 enfermeiros permitiu-nos verificar que a maioria apresentou discursos *com generalização* e *com especificação* de experiências pessoais de violência.

Os discursos com generalização referem-se à forma *frequente* com que a violência é percebida nos serviços de psiquiatria. Igualmente é referida à existência de *várias formas* de violência interpessoal entre utentes e enfermeiros, em que ambos são protagonistas quer no lugar de alvo, quer no lugar de fonte da violência. Neste tipo de discurso, verificámos a existência de um maior número de indicadores para as situações em que os enfermeiros se posicionam como alvo da agressão e indicam os utentes como fonte da violência.

Os discursos com especificação referem-se aos relatos de experiências de violência particulares. Também aqui, os protagonistas das experiências identificadas são os enfermeiros e os utentes. Mais uma vez, os utentes são referidos com sendo a fonte e os enfermeiros o alvo da violência.

QUADRO 1 – Categorias e subcategorias construídas

Categorias	Subcategorias
Tipos de violência	- física - verbal
Atribuições causais	- utentes - formação - organização - estrutura física - meios humanos
Características dos enfermeiros	- calma - experiência - autoridade - auto-confiança
Sentimentos e emoções	- medo - impotência - insegurança - coragem
Contexto/local	- refeitório - enfermaria/leito - sala de actividades - gabinete de enfermagem - átrio
Consequências e Estratégias de resolução de problemas	- sequelas psicológicas - sequelas físicas - desenvolvimento de competências comunicacionais e reflexivas

## Apresentação e Análise dos Dados

### Tipos de violência

Na construção desta categoria foram utilizados 70 indicadores. A sua análise permitiu-nos identificar dois **tipos de violência**: violência física e violência verbal. A distribuição dos indicadores por estas duas formas de violência mostra-nos que estas são assimetricamente consideradas. De facto, como podemos verificar 39 são inerentes à violência verbal e os restantes, 31 indicadores, são inerentes à violência física (Quadro 2).

QUADRO 2 – Distribuição do número de indicadores referentes à categoria *tipos de violência*

Violência física	N.º	T	Violência verbal	N.º	T
Violência corporal: - Murros - Pontapés - Arranhões - Empurrões - Espancamento - Estaladas - Puxões de cabelo - Apertões de pescoço	7 4 3 3 2 1 1 1	22	<b>Ameaças:</b> - em geral - de espancamento - de morte	9 5 1	15
Violência com utilização de objectos (loija e talher)	7	7	<b>Insultos</b>  Provocação	15  8	15  8
Destruição do meio físico	2	2	Desautorização	1	1
Total		31	Total		39

A *violência verbal* inclui indicadores relativos a ameaças (ameaças em geral, ameaças de espancamento e ameaças de morte), a insultos, a provocação e a desautorização.

A *violência física* inclui indicadores relativos a violência corporal (corpo a corpo), como por exemplo murros, pontapés, arranhões, espancamento, estaladas, puxões de cabelo e apertões de pescoço; a violência com utilização de objectos (loija e talher) e a destruição do meio físico.

Dos dois tipos de violência identificados, o mais referenciado foi *violência verbal*, com destaque para *Ameaças e Insultos*, que obtiveram o maior número de indicadores (15 indicadores).

### Atribuições causais

Esta categoria diz respeito às **atribuições causais** expressas. Decorrem de tentativas de dar significado às ocorrências e situam-se numa procura de causalidade. Verificámos a existência de explicações relacionadas com os utentes, com a formação, com a organização, com a estrutura física dos serviços e com os próprios enfermeiros.

QUADRO 3 – Distribuição do número de indicadores pelas *atribuições causais*

Atribuições causais		N.º	Total
Utentes	Situação clínica:	26	41
	- Perturbações Psicóticas	8	
	- Perturbações do Humor	4	
	- Perturbações Relacionadas com Substâncias	3	
	- Perturbações da personalidade		
	Situação de rejeição:	11	
	- da medicação	11	
- do internamento e	5	27	
- das normas do serviço		7	
Situação sociocultural	7	7	
Situação de internamento compulsivo	6	6	
Total		81	
Formação	Défi ce no controlo de comportamentos	19	33
	Défi ce das competências comunicacionais	18	
	Défi ce no trabalho de equipa	6	
	Total		
Organização	“Mistura” de utentes com diversas patologias e diferentes estados de evolução clínica	8	10
	Acessibilidade a instrumentos por parte dos utentes	2	
	Total		
Estrutura física	Arquitectura	2	4
	Escassez de espaço	2	
	Total		
Meios humanos	Escassez de enfermeiros	3	3
TOTAL			141

Conforme podemos verificar no Quadro 3, os 141 indicadores encontrados foram distribuídos pelas seguintes subcategorias:

- Os *utentes hospitalizados*. Neste agrupamento são consideradas explicações baseadas na situação clínica (Perturbações Psicóticas, Perturbações do Humor, Perturbações Relacionadas com Substâncias, Perturbações da Personalidade); em situações de rejeição (da medicação, do internamento e das normas de serviço); em referência ao estatuto sociocultural e as decorrentes de internamento compulsivo.
- A *formação dos profissionais*. No que diz respeito às explicações centradas nos

próprios profissionais estas relacionam-se, por um lado, com limitações individuais e, por outro lado, com dificuldades grupais. Das primeiras são referidas a existência de défices em habilidades de controlo de comportamentos e em competências comunicacionais dos enfermeiros e quanto às segundas são apontados défices no trabalho de equipa.

- A *organização da unidade de internamento*. A “mistura” de utentes com diversas situações clínicas e diferentes estados de evolução e a acessibilidade a instrumentos por parte dos utentes foram os indicadores registados.
- A *estrutura física das unidades de internamento*. Estruturas físicas consideradas inadequadas onde os aspectos relacionados com a arquitectura e escassez de espaços são os evidenciados.
- Os *meios humanos*. A escassez de enfermeiros na globalidade ou nos turnos é o indicador referido.

Como podemos verificar a subcategoria que obteve mais indicadores foi a da atribuição relativa aos *Utentes* (81 indicadores), logo seguida da subcategoria *Formação dos profissionais* (33 indicadores). Quando considerados os utentes como atribuição causal do fenómeno da violência, verificamos que esta reverte maioritariamente para a sua *situação clínica* onde as *perturbações psicóticas* se destacam.

### Características dos enfermeiros

As *características dos enfermeiros* foram igualmente referenciadas como componente importante para a compreensão do fenómeno de violência estudado. Nesta categoria foram identificadas as seguintes características: *calma, experiência/inexperiência, autoridade e auto-confiança*, através dos 24 indicadores encontrados (Quadro 4).

QUADRO 4 – Distribuição dos indicadores pelas características dos enfermeiros

Características dos enfermeiros	N.º
<b>Calma</b>	<b>8</b>
<b>Experiência/Inexperiência</b>	<b>7</b>
Autoridade	5
Auto-confiança	4
TOTAL	24

As características que incluíram mais indicadores foram a *Calma* (oito indicadores) e a *experiência/inexperiência* (sete indicadores).

### Sentimentos dos enfermeiros

A categoria *sentimentos e emoções dos enfermeiros* foi construída pela inclusão de 28 indicadores relativos aos sentimentos e às emoções relatadas pelos enfermeiros e que foram identificadas como estando relacionadas com a experiência de violência percebida.

Os indicadores de *Medo*, *Impotência*, *Insegurança* e *Coragem* apresentaram a seguinte distribuição (Quadro 5).

QUADRO 5 – Distribuição do número de indicadores pelos sentimentos dos enfermeiros

Sentimentos e emoções	N.º
<b>Medo</b>	<b>10</b>
Impotência	9
Insegurança	5
Coragem	4
TOTAL	28

### Contexto/Local

O *contexto/local* diz respeito às descrições produzidas relativamente ao lugar em que ocorreu a situação de violência relatada. É construída a partir de 17 indicadores identificados relativamente a este tema. No quadro que se segue (Quadro 6), podemos verificar que o número de indicadores foi distribuído por cinco subcategorias: *refeitório*,

*enfermaria/leito*, *sala de actividades ocupacionais*, *gabinete de enfermagem* e *átrio* (entrada do serviço). Destas o *Refeitório* e a *Enfermaria/leito* foram as que registaram mais indicadores (com seis indicadores cada).

QUADRO 6 – Distribuição do número de indicadores pelo Contexto/Local onde ocorreram as situações de violência

Contexto / local	N.º
<b>Refeitório</b>	<b>6</b>
<b>Enfermaria / leito</b>	<b>6</b>
Sala de actividades ocupacionais	3
Gabinete de enfermagem	1
Átrio (entrada do serviço)	1
TOTAL	17

### Consequências

Esta categoria, *consequências*, consiste nos efeitos atribuídos, pelos enfermeiros inquiridos, às situações de violência percebidas.

Os 29 indicadores obtidos foram distribuídos pelos seguintes tipos de consequências: *sequelas psicológicas* (trauma, cautela, medo, alerta e fuga); *sequelas físicas* (cicatrices e hematomas) e *desenvolvimento das competências comunicacionais e reflexivas*. A que obteve mais indicadores foi *sequelas psicológicas* (com 15 indicadores) (Quadro 7).

QUADRO 7 – Distribuição dos indicadores pelas consequências da violência.

Consequências	N.º	Total
<b>Sequelas psicológicas:</b>		<b>15</b>
- trauma	7	
- cautela	3	
- medo	2	
- alerta	2	
- fuga	1	
<b>Sequelas físicas:</b>		<b>7</b>
- cicatrices	5	
- hematomas	2	
<b>Desenvolvimento das competências comunicacionais e reflexivas:</b>		<b>7</b>
- aprendizagem	3	
- respeito	2	
- compreensão	2	
TOTAL		141

## Estratégias de resolução de problemas

As narrativas produzidas permitiram organizar uma categoria que denominamos de *estratégias de resolução de problemas*. Esta, foi construída pela distribuição de 51 indicadores inerentes às diferentes formas narradas pelos enfermeiros para lidar com as situações de violência por eles percebidas. Traduzem a expressão de determinados procedimentos e técnicas aplicados naquelas situações.

QUADRO 8 – Distribuição dos indicadores pelas na categoria estratégias de resolução de problemas

Estratégias	N.º	Total
<b>Centradas nos comportamentos:</b>		28
- <b>imobilização física</b>	18	
- administração de fármacos	6	
- confronto físico	3	
- isolamento	1	
Centradas nas cognições:		10
- persuasão	10	
Centradas nas emoções:		10
- controlo emocional	6	
- alheamento	4	
Centradas no suporte social:		3
- pedido de colaboração	3	
TOTAL		51

Os 51 indicadores encontrados nesta categoria foram distribuídos pelas seguintes estratégias (Quadro 8):

- *Estratégias centradas nas cognições*. Utilização da persuasão.
- *Estratégias centradas nas emoções*. Estas incluem o alheamento e controlo emocional.
- *Estratégias centradas nos comportamentos*. Estas incluem o recurso à imobilização, a administração de terapêutica, o isolamento e o confronto físico.
- *Estratégias centradas no suporte social*. Estas incluem o pedido de colaboração.

As *estratégias centradas nos comportamentos* foram as que obtiveram maior número de indicadores (28 indicadores). A *imobilização física*, com 18 indicadores, é a mais referenciada.

## Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados terá em conta os seguintes aspectos:

- A – Condições mediadoras da atribuição de significados;
- B – Consequências atribuídas à violência percebida; e,
- C – Estratégias utilizadas na resolução da violência percebida.

### A – Condições mediadoras da atribuição de significados

Estudos na área da Psicologia Social demonstraram que a adequação do indivíduo ao seu meio ambiente passa por uma actividade mental de simplificação da informação, categorização e atribuição de significado. A procura de regularidades na avaliação de um qualquer fenómeno é uma forma de os tornar previsíveis e controláveis. De acordo com esta perspectiva a apreensão da realidade é “feita com base numa análise factorial implícita, que conjuga os aspectos do actor e do contexto da acção” (SOUSA, 1993: 143).

As condições mediadoras da atribuição de significados dizem respeito a um processo de categorização que envolve componentes cognitivos, valorativos e afectivos. Estas condições mediadoras podem situar-se ora em condições situacionais, inerentes ao contexto que envolveu a violência percebida, ora em condições disposicionais, inerentes quer a doentes quer aos próprios enfermeiros.

Nas narrativas analisadas podemos destacar as seguintes categorias que parecem preencher aquela diversidade de condições: os **tipos de violência** ou características definidoras da violência percebida; as **atribuições causais** que os enfermeiros ligam à violência percebida; as **características dos enfermeiros** valorizadas no momento da ocorrência da violência; os **sentimentos e as emoções** que os enfermeiros recordam como sendo aquelas que experimentaram naquele momento e o **contexto/local**, ou seja, as

condições ligadas ao ambiente físico onde ocorreu a violência percebida.

### *1) tipos de violência*

Os **tipos de violência** constituem as características definidoras dos comportamentos violentos/agressivos de utentes que são percebidos ou valorizados pelos enfermeiros. Essas características podem ser de natureza física e verbal ou psicológica (NOLAN, *et al.*, 1999). Nas narrativas analisadas emergem dois tipos de violência percebidos: a *violência verbal* e a *violência física*.

Dos dois tipos de violência percebidos o mais valorizado foi a *Violência verbal* (o que obteve mais indicadores), sendo as *Ameaças* a característica mais valorizada. As ameaças incluem, essencialmente, ameaças de morte e de espancamento.

As expressões que se seguem são exemplificativas:

*“[...] durante algum tempo dizia [o utente] que me matava [ao enfermeiro] [...]”*

*“Num dia, estava eu e outro colega no gabinete, um doente entra e começa, com um discurso verbal de pessoa revoltada, a ameaçar-nos, a dizer que nos parte a todos [...]”*

A violência verbal contribui de forma relevante para a percepção da violência nos serviços de psiquiatria. Alguns estudos existentes indicam que as ameaças são as características da violência verbal mais percebidas pelos profissionais de saúde que trabalham com utentes com problemas psiquiátricos (NOLAN, *et al.*, 1999; MACKAY, 1987). Além disso, LION (1998) refere que estas são mais comuns nos hospitais do que em unidades comunitárias e, nestes, são particularmente prevalentes nas unidades de internamento.

Por outro lado, a “ameaça” pode ser considerada uma percepção mais difusa e prolongada no tempo. Estas podem, assim, constituir um “pano de fundo” mais definidor do ambiente vivido numa unidade de psiquiatria e, nesse sentido, influenciarem de forma decisiva a avaliação que os enfermeiros fazem deste fenómeno. Alguns estudos anteriores, como os de WHITTINGTON (1994) e WYKES e WHITTINGTON (1992) e WHITTINGTON

e WYKES (1996), parecem corroborar esta ideia ao terem verificado que episódios menores de violência podiam precipitar tanto períodos de absentismo ao trabalho como sentimentos prolongados de disforia.

### *2) Atribuições causais*

As **atribuições causais** são inferências que pretendem explicar porque é que um determinado acontecimento ocorreu. O primeiro passo na atribuição de causalidade é o de estabelecer a ligação entre um dado acontecimento e o causador desse acontecimento. Nesta procura de ligação, a identificação das invariâncias que tornam estáveis, previsíveis e coerentes os comportamentos observados assume um papel relevante. Assim, as propriedades de objectos e pessoas constituem-se em realidades “em que nos ancoramos, de tal forma que não são já consideradas como interpretações, mas sim como dados imediatos, fenomenologicamente experimentados” (HEIDER, 1958).

As atribuições causais identificadas relacionam a violência com os utentes, a formação, a organização, a estrutura física e os próprios profissionais.

A atribuição relativa aos *Utentes hospitalizados* foi a que obteve mais indicadores, com destaque para a *situação clínica dos utentes com Perturbações Psicóticas*.

A tendência para atribuir o comportamento violento a atributos pessoais do utente, nomeadamente àqueles que se referem a uma atribuição diagnóstica podem ser responsáveis por uma distorção na avaliação de situações problema, pela não adesão a uma boa prática de cuidados ou, ainda, pelo desenvolvimento de preconceitos.

Mas, por outro lado, é sabido que a sintomatologia pode ser, em parte, responsável pela emergência dos comportamentos violentos, observados em unidades de doentes agudos (KRAKOWSKI, *et al.*, 1988: 159).

No nosso estudo foram as *Perturbações Psicóticas* as mais frequentemente referenciadas. Estas caracterizam-se por incluírem sintomas psicóticos, nomeadamente as ideias delirantes, as alucinações e outros sintomas positivos; o termo foi concebido pela perda dos limites do «eu» ou uma

incapacidade de avaliação da realidade. Por sua vez, a Esquizofrenia, doença relacionada mais identificada, é uma perturbação que apresenta sintomatologia psicótica, ou seja, inclui ideias delirantes ou alucinações dominantes e outros sintomas (tanto positivos como negativos). É definida pela perda dos limites do «eu» ou por uma marcada incapacidade de avaliação da realidade (DSM-IV, 1996).

As expressões que se seguem constituem exemplos dessa afirmação:

*“[...] era um moço novo, com 23 anos, ele estava a ouvir vozes, [...] ele estava bastante perturbado [...] não conseguia controlar-se”.*

*“Eu fui agredido por um doente esquizofrénico [...] ele estava num contexto delirante[...]”.*

E, se é verdade que, estudos como os de RUBEN *et al.* (1980), citados por TARDIFF (1998), verificaram que mais de metade dos doentes que desenvolveram comportamentos agressivos contra outros tinham problemas psicóticos, sem especificação de diagnóstico, e os de TARDIFF (1998), HALLER e DELUTY (1988) e o de NIJMAN (1999) que, na tentativa de identificar as características dos utentes que desenvolvem comportamentos violentos contra os profissionais, referem a Esquizofrenia como sendo o diagnóstico mais frequentemente encontrado, também é necessário distinguir entre a atribuição ao diagnóstico daquela que é imputada a manifestações específicas do comportamento. De facto, numerosos estudos têm mostrado que doentes com esquizofrenia não possuem um risco de violência maior do que o da população em geral (MONAHAN, J. *et al.*, 2001; SOLIMAN, A. E., REZA, H., 2001)). Esta aparente contradição tem sido explicada pela possibilidade de alguns destes doentes possuírem comportamentos de abuso de substâncias e/ou perturbação de personalidade anti-social que constituirão melhores preditores dos comportamentos violentos. Assim, enquanto que a atribuição ao diagnóstico pode introduzir um viés na avaliação cognitiva do acontecimento, a atribuição a factores dinâmicos de risco centra a avaliação nos factores preditivos e orientadores para a prática. O reconhecimento de que a avaliação é um processo subjectivo, aberto à distorção e viés, é um problema importante pois, de acordo com

MASON e WITTINGTON (1995), pode ser explicativo das diferenças encontradas na utilização de medidas de coacção por parte de diferentes enfermeiros e que não podem ser só explicadas pelo risco objectivo que um determinado doente apresenta.

É importante também verificar que, se esta atribuição causal centrada nos utentes foi organizada a partir do maior número de indicadores registados (81), uma outra categoria, centrada na formação (e consequentemente nos próprios enfermeiros), é constituída por 33 indicadores representando a segunda maior formulação. Assim, verificamos que dos 141 indicadores contabilizados, 114 estão relacionados com as pessoas (enfermeiros e doentes) enquanto que só 17 se encontram centrados nos aspectos organizacionais e arquitectónicos.

No que diz respeito à *Formação* verificámos que a causalidade é referida a: Défices (de conhecimentos e/ou de habilidades) no controlo de comportamentos; défices nas competências comunicacionais dos enfermeiros e défices no trabalho de equipa. Os primeiros dois *itens* foram os mais referidos com 19 e 18 indicadores respectivamente.

Os relatos de alguns enfermeiros entrevistados demonstram esta evidência:

*“[...] as colegas [enfermeiras, alvo da violência] valorizam muito determinadas coisas, ou então entram no contra-ataque [perante os doentes que têm comportamentos violentos]”.*

*“[...] os profissionais [os enfermeiros] muitas vezes não têm paciência, ou porque estão cansados, ou porque não gostam de ouvir barulho [...] ou porque não têm habilidades comunicacionais [...]”.*

A utilização do impessoal ou da terceira pessoa quando se referem a este nível de atribuição pode ser entendido como uma forma defensiva de abordar o problema. Por outro lado, estes resultados vão ao encontro do estudo realizado por TARDIFF (1998: 16) que refere serem a inexperiência e a falta de formação dos profissionais as características que os mantêm mais expostos aos comportamentos violentos dos doentes. As diferenças nas necessidades de formação continuada,

sentidas por enfermeiros especialistas e não especialistas que trabalham em psiquiatria, reflectem expectativas de desempenho diferenciados (MENDES, MARQUES e BARROSO, 2002) mesmo tendo em conta que ambos desenvolvem a sua actividade em áreas que, por si só, constituem um campo especializado de intervenção.

A formação especializada confere aos profissionais competências específicas dentro desta área de intervenção. De entre estas, dá-se relevância sobretudo à comunicação. Ora, WHITTINGTON e WYKES (1996) referem que a existência de problemas na comunicação entre profissionais e doentes pode ter um papel importante no desencadear de comportamentos violentos. Uma elevada percentagem (86%) dos incidentes identificados no seu estudo, foram precedidos da relação com os profissionais. Em concordância com esta avaliação, TARDIFF (1996) refere que a falta de conhecimentos sobre como prevenir a violência e não provocar os doentes é um dos factores do desenvolvimento de violência.

A importância atribuída à formação é reconhecida por vários autores, entre os quais HATTI *et al.* (1982) (citados por TARDIFF, 1996), especialmente, ao nível da aprendizagem de competências específicas para lidar com os doentes que desenvolvem comportamentos violentos. Apesar disso, têm sido detectadas deficiências importantes nesta área como as identificadas num estudo acerca da violência em unidades psiquiátricas realizado em quatro países e que refere a existência de muitos enfermeiros a trabalhar na área sem formação específica, assim como a existência de deficiências várias na formação daqueles que a possuem (MCMILLAN, 2001). Em Portugal, a interrupção na formação especializada nesta área poderá trazer consequências importantes, a este nível, a curto ou médio prazo.

### 3) Características dos enfermeiros

Quando relatadas as situações de violência adquirem uma dinâmica própria. Durante o seu desenrolar algumas características dos enfermeiros são postas em evidência como sendo potenciadoras ou inibidoras de todo o processo.

Das características identificadas a calma foi a mais valorizada.

*"[...] nós conseguimos, mesmo estando em perigo eminente, uma postura calma."*

Calma é um estado pessoal emocional que envolve serenidade e tranquilidade. Este estado reflecte capacidade no autocontrolo de emoções.

As atitudes comportamentais recomendadas para uma boa prática de enfermagem aos doentes com agitação (manter contacto ocular, falar baixo e calmamente e dirigir perguntas inócuas centradas nas necessidades básicas do doente) requerem esse estado emocional.

A *experiência/inexperiência* representa a segunda subcategoria mais valorizada. E, se a falta de formação e/ou de preparação para lidar com estes doentes foi uma das atribuições causais que os enfermeiros expressaram como estando relacionadas com a violência, a *experiência/inexperiência* são percebidas como características fundamentais para lidar com a sua ocorrência.

Esta característica foi valorizada tendo em conta, essencialmente, a experiência profissional na área de cuidados de saúde mental e psiquiátrica. No fragmento do discurso que se segue podemos confirmar essa evidência:

*"[...] Nós [os enfermeiros] conseguimos, mesmo estando em perigo eminente, uma postura calma e tentámos combater aquela agressividade, mas felizmente já tínhamos alguma experiência profissional e conseguimos apoiá-lo [ao utente]."*

A experiência profissional dos enfermeiros tem sido objecto de vários estudos na sua relação com a violência dos utentes. Os resultados parecem sugerir que os enfermeiros mais novos e com menos experiência profissional são mais vítimas de violência nos serviços de psiquiatria (MASON e CHANDLEY, 1999).

### 4) Sentimentos e emoções

Esta categoria refere-se aos **sentimentos** e às **emoções** desenvolvidos pelos enfermeiros seleccionados nas situações de violência percebidas. Foram revelados os seguintes: *medo, impotência,*

*insegurança e coragem. O medo foi o que obteve mais indicadores. Nos seus discursos, os enfermeiros expressam claramente essa experiência quando afirmam: “[...] nós temos medo...”].*

O medo é considerado uma emoção, isto é, um fenómeno psicofisiológico que representa um modo de adaptação individual face às exigências do meio (VAZ-SERRA, 1999). Manifesta-se perante uma situação de perigo para a pessoa, podendo produzir estratégias de *evitamento* ou de fuga. Segundo Izard *et al.* (1998), citado pelo mesmo autor, o medo motiva comportamentos de protecção e de busca de segurança.

Tendo em conta o modelo de agressão física de MASON e CHANDLEY (1999), o medo pode representar um sentimento negativo sobre o doente, quando internalizado pelos profissionais, podendo resultar em contra-transferência de emoções negativas contra os mesmos. Os mesmos autores enfatizam que o medo interfere não só na avaliação mas também no controlo da violência feito pelos profissionais.

##### 5) *Contexto/Local*

Os **Contextos/Locais** onde ocorreram as situações de violência identificadas e que registaram mais indicadores foram o *refeitório* e a *enfermaria/leito*. Os outros locais identificados são a *sala de terapia ocupacional*, o *gabinete de enfermagem* e o *átrio*.

Os resultados encontrados são consistentes com os de outros estudos. De facto, sobre a localização onde os profissionais são mais frequentemente agredidos por utentes hospitalizados em serviços psiquiátricos, alguns estudos indicam que as agressões ocorrem em diferentes contextos, por exemplo no hall, na enfermaria, nos gabinetes de trabalho, entre outros (TARDIFF, 1998). Mas, de acordo com os achados de Depp's (1982), citado por CEMBROWICZ, RITTER e WRIGHT (2001: 129), os incidentes de violência ocorrem mais frequentemente nos espaços comuns, principalmente onde existe um número considerável, e em simultâneo, de profissionais e utentes, como por exemplo nos refeitórios na hora das refeições.

## B – Consequências atribuídas à violência percebida

De acordo com TARDIFF (1998) o impacto provocado pelos comportamentos violentos verbais tem sido pouco estudado. Neste estudo, os indicadores obtidos relativos às **consequências** atribuídas às situações de violência percebidas revelaram sobretudo consequências de natureza psicológica:

*“[...] e o doente fez um comentário: Deus queira que os seus filhos sejam toxicodependentes. Isto ficou registado na minha memória, foi a pior coisa que me disseram. Fui para casa a pensar nisso. É claro, pensa-se nisso...”.*

Apesar de pouco estudadas, alguns autores, tais como, CEMBROWICZ, RITTER e WRIGHT (2001: 118) referem que as consequências que podem ocorrer, resultantes dos abusos e das ameaças verbais podem ser denominadas de “traumas” enquanto que as resultantes da violência física podem ser denominadas de “prejuízos”.

Apesar do reconhecimento que estas situações de violência podem produzir uma miríade de consequências (psicológicas, físicas e sociais), LANZA (1985), no seu estudo, verificou que dos 71% enfermeiros que foram severamente atacados pelos doentes internados, 45% não receberam qualquer tipo de ajuda nem dos seus pares nem da instituição.

## C – Estratégias utilizadas na resolução da violência percebida

Denominámos como **Estratégias de resolução de problemas** as diferentes formas utilizadas pelos enfermeiros para lidar com as situações de violência. Como referido anteriormente, foram identificadas diferentes estratégias: as *estratégias centradas nos comportamentos* foram as mais valorizadas. Destas destacou-se a *imobilização física*.

O seguinte excerto é exemplificativo:

*“[...] foi uma luta contra o tempo, para poderemos imobilizar o doente foi difícil. Por um lado era o doente a lutar com todas as suas*

*armas [forças] e por outro éramos nós a tentar imobilizar o doente. Quando o conseguimos imobilizar, o doente [...] ficou mais calmo [...].”*

A imobilização física consiste na utilização de técnicas para conter os movimentos dos utentes com comportamentos violentos. Incluem a imobilização dos membros ou a contenção física do utente no leito, com utilização do cinto de contenção ou de outros recursos. Estas medidas que restringem ou limitam os movimentos dos utentes têm a finalidade de proteger o próprio doente e os outros. Devem ser entendidas como estratégias terapêuticas baseadas em juízos clínicos.

Acerca das diferentes formas de intervenção utilizadas pelos profissionais para minimizar e/ou controlar os comportamentos violentos, Whitman *et al.* (1972) categorizam este tipo de intervenções como intervenções de natureza biológica, cuja intervenção inclui o controlo físico e químico (citado por TARDIFF, 1998).

A imobilização física é utilizada, usualmente, para controlo da violência física, quando o perigo é iminente (MASON e CHANDLEY, 1999). A sua utilização impõe um juízo crítico relativo a questões associadas à autonomia individual e ao direito de defender a segurança de pacientes e dos trabalhadores. Nos Estados Unidos, foi objecto de discussão alargada no sentido de se constituir regulamentação para o seu uso.

Outras intervenções que podem ser utilizadas para prevenir e controlar a violência, como aquelas que se apoiam nas habilidades comunicacionais (CEMBROWICZ, RITTER e WRIGHT, 2001), também aparecem referenciadas embora com menor número de indicadores.

## Conclusão

Na realização das entrevistas verificámos que os enfermeiros demonstraram interesse, abertura e confiança na partilha de experiências pessoais de violência desenvolvidas nos serviços de psiquiatria, com relativas reservas na exteriorização de sentimentos.

A violência nos serviços de psiquiatria é um fenómeno complexo que merece uma investigação aprofundada e rigorosa. No estudo realizado, verificámos que, quando questionados sobre a existência de algum tipo (ou situação) de violência nos serviços de psiquiatria, invariavelmente os discursos produzidos indicavam que esta é não só percebida como uma realidade “em geral” como ainda que na sua especificação a origem da violência é centrada no “doente” e que o principal alvo desta é o enfermeiro. Esta tendência, de só referir a violência de que se é alvo, percorreu transversalmente todos os discursos o que parece indicar uma necessidade emergente de expor esta situação. A inexistência de estatísticas e/ou de estudos de investigação que clarifiquem esta realidade pode contribuir para que se desenvolva junto destes profissionais sentimentos de falta de apoio e de incerteza quanto à suas acções. De facto, ao mesmo tempo, verificámos que o medo e as consequências psicológicas são maioritariamente referidas pelos enfermeiros entrevistados.

## Bibliografia

BRENDLER, Jonh *et al.* – *Doença mental, caos e violência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia Mendes – *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: estudo sociográfico de âmbito nacional*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997, 174p. ISBN 972-95420-1-5.

CEMBROWICZ, Stefan; RITTER, Sue; WRIGHT – *Attacks on doctors and nurses*. In SHEPHERD, Jonathan – *Violence in healthcare. Understanding, preventing and surviving violence: A practical guide for health professionals*. Oxford: University Press, 2001. ISBN 0 19 263143 8, p. 118-154 2ªed.

DSM-IV – American Psychiatric Association. 1ª ed., Lisboa: Climepsi Editores, 1996, 898p. ISBN 972-95908-6-9.

ECHEBURÚA, Enrique – *Personalidades violenta*. Madrid: Psicología Pirámide, 2000. ISBN 84-368-0829-0; 153-167.

- HEIDER, F. – *The Psychology of Interpersonal Relations*. Nova York, Wiley, 1958.
- HALLER, R.M. e DELUTY, R.H. – Assaults on staff by psychiatric in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 174-179.
- KRAKOWSKI, Menahem I.; JAEGER, Judith; VOLAVKA, Jan – Inpatient Psychiatric Violence: Its Course and Associated Symptomatology. In BRIZER, David A.; CROWNER, Marta L. – *Current Approaches to the Prediction of Violence*. U.S.A.: Progress in Psychiatry, (American Psychiatric Press, inc.), 1988. ISBN 0-88048-289-3. Chapter 8, p.149-161.
- LANZA, M.L. – How nurses react to assault. *J. Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 23:6-11, 1985.
- LION, John R. – Verbal Threats Against Clinicians. In EICHELMAN, Burr S.; HARTWIG, Anne C. – *Patient Violence and the Clinician*. Washington: Clinical Practice (30), 1998. ISBN 0-88048-454-3. Chapter 5, p. 43-52,
- MACKAY, C.J – *Violence to staff in the Health Services*. London: Health and Safety Commission, National Health Service, 1987.
- MASON, T. e WHITTINGTON, R. – Scusion: the use of a stress model to appraise the problem. *Nursing Times*. November 29, 1995, vol 91, n.º 48, pp 31-33.
- MASON, Tom; CHANDLEY, Mark – *Managing violence and aggression: A manual for nurses and health care workers*. Edinburg, UK: Churchill Livingstone, 1999. ISBN 0 443 05934 9.
- MCMILLAN, Ian – Violence in Mental Health Care – are there any solutions?. *Mental Health Practice*. Oct. 2001, vol. 5, n.º 2, pp 20-22.
- MENDES, Aida Cruz; MARQUES, Isabel; BARROSO, Teresa – Necessidades Educacionais em Enfermagem de Saúde Mental. *Referência*, n.º 8, Maio, 2002, pp 17-23.
- MONAHAN, J.; STEADMAN, H.; SILVER, E; *et al.* – *Rethinking risk assessment: the MacArthur study of mental disorder and violence*. New York, NY: Oxford University Press, 2001.
- MONTEIRO, Ana Paula – *Vidas invisíveis. Doentes inimputáveis perigosos internados na Psiquiatria Forense*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2000.
- NIJMAN, H.L.I; ALERTZ, W.W.F.; MERCKELBACH, H.L.G.J; À CAMPO, J.M.L.G; RAVELLI, D.P. – Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *European Journal of Psychiatry*, (11), 1997, 106-114.
- NIJMAN, Henk – *Aggressive behaviour of psychiatric inpatients: Measurement, prevalence, and determinants*. Maastricht: H. Nijman, 1999. ISBN: 90 5278 262 8.
- NOLAN, Peter; DALLENDER, Janie; SOARES, Joaquim; THOMSEN, Sarah; ARNETZ, Bengt – Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 199, 30(4), 1999, 934-941.
- RODRIGUES, Arold – *Psicologia social*. 16ª edição, Petrópolis: Vozes, 1996.
- SOLIMAN Alaa El-Din; REZA Hashim, – Risk Factors and Correlates of Violence Among Acutely Ill Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatric Services*, Vol.52, nº1 (January 2001) p.75-80.
- SOUSA, Elisabeth – Atribuição da inferência à estratégia de comportamento. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita – *Psicologia Social*, 3ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, p. 161-164.
- TARDIFF, Kenneth – *Assessment and Management of Violent Patients*. Second edition, Washington: American Psychiatric Press, 1996. ISBN 0-88048-344-X.
- TARDIFF, Kenneth – The risk of being attacked by patients: who, how often and where? In EICHELMAN, Burr; HAR TWIG, Anne – *patient violence and the clinician*. 4<sup>th</sup> edition, Washington: Clinical Practice, American Psychiatric Press, 1998.
- WHITTINGTON, R. – Violence in Psychiatric Hospitals. In WYKES, T (ed.), *Violence and Health Care Professionals*. London: Chapman and Hall, 1994.
- WHITTINGTON, R; WYKES, T. – Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, (35), 1996, p.11-20.
- WYKES, T.; WHITTINGTON, R. – Coping strategies used by staff following assault by a patient: an exploratory study. *Work and Stress*, 1992, 5, pp 37-48.
- VAZ-SERRA, Adriano – *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor, 1999.