
Segurança do profissional de saúde frente ao paciente em agitação psicomotora

Health professional safety in relation to the patient in psychomotor agitation

Seguridad de profesional de la salud frente al paciente em agitación psicomotora

Geovanna Rosada Fernandes



- [ORCID](#) - [Lattes](#)

Heloize Schultz Machado - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Mariana de Souza Barros - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Laura Rocha Campos Bahls - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Gabriela Fernandes Costa - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Elaine Rossi Ribeiro - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

Pacientes em agitação psicomotora representam riscos para profissionais da saúde, demais presentes e a si próprios. O presente artigo tem como objetivo reconhecer os protocolos relativos à promoção de segurança, especificamente, dos profissionais da saúde perante pacientes em agitação psicomotora. Quanto ao método, trata-se de revisão integrativa, utilizando-se as bases de dados [PubMed](#), [SciELO](#), [Science Direct](#) e [BVS](#). Após aplicação dos critérios foram selecionados 19 artigos a partir dos quais foram identificadas e analisadas quatro principais categorias: ações e protocolos de segurança perante paciente agressivo (manejo comportamental, ambiental, organizacional, farmacológico e físico); causas, fatores preditivos e identificação do paciente instável; capacitação dos profissionais da saúde e notificação dos incidentes. Após análise desses fatores, é de grande importância a avaliação precoce e rápida do estado do paciente para ocorrer o apropriado manejo, considerando sua individualidade. Outrossim, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sólido sobre as diferentes medidas, que haja eficiente

organização da equipe e protocolos estabelecidos nos locais de promoção à saúde. Para isso, a capacitação profissional deve ser implementada e mantida como educação continuada, abordando os diferentes manejos e seus momentos de utilização, valorizando o aprimoramento constante dos métodos sobre esses pacientes, para todos os profissionais da saúde. Somado a isso, deve-se incentivar a notificação dos casos pelos profissionais, afinal, a subnotificação dos casos apresenta-se como um problema para o levantamento de estimativas acerca de agressões decorrentes da agitação psicomotora. Portanto, diretrizes claras e procedimento operacional padrão devem ser incentivados, procurando manter ambientes profissionais seguros a todos.

Palavras-chave: agitação psicomotora, comportamento agressivo, segurança no trabalho

ABSTRACT:

Patients with psychomotor agitation represent risks for themselves, others, and health professionals. This article aims to recognize the protocols contributing to the safety of health care providers treating patients with psychomotor agitation. The method represents an integrative review in [PubMed](#), [SciELO](#), [Science Direct](#) and [BVS](#) databases. Reviewing the criteria, 19 articles were selected, where four main categories were identified and analyzed: safety actions and protocols for aggressive patients (behavioral, environmental, organizational, pharmacological, and physical management); causes, predictive factors, and identification of the unstable patient; training of health professionals and reporting of incidents. Following the analysis of these factors, an early and rapid assessment of the patient's condition is quintessential for appropriate management, considering their individuality. To achieve that, professionals must hold solid knowledge regarding the different measures, efficient teamwork culture, and protocols established to promote health. To obtain this, professional training must be implemented and maintained in the form of continuous education, addressing different protocols and the suitable time for execution, valuing the constant improvement of methods for those patients, and for every health care provider. Furthermore, the reports of cases by professionals should be encouraged, after all, the underreporting represents a problem for gathering data concerning estimates about aggressions resulting from psychomotor agitation and clear guidelines. Standard operating procedures should be encouraged to keep professional environments safe.

Keywords: psychomotor agitation, aggressive behavior, job security

RESUMEN:

Los pacientes en agitación psicomotora representan riesgos para los profesionales de la salud, para los demás presentes y para ellos mismos. Así, este artículo tiene como objetivo reconocer los protocolos relacionados con la promoción de la seguridad, específicamente, de los profesionales de la salud en relación con los pacientes en agitación psicomotora. En cuanto al método, se trata de una revisión integradora en las bases de datos [PubMed](#), [SciELO](#), [Science Direct](#) y [BVS](#). Después de aplicar los criterios, se seleccionaron 19 artículos de los cuales se identificaron y analizaron cuatro categorías principales: acciones y protocolos de seguridad para pacientes agresivos (manejo conductual, ambiental, organizacional, farmacológico y físico); causas, factores predictivos e identificación del paciente inestable; formación de profesionales sanitarios y notificación de incidencias. Después de analizar estos factores, una evaluación temprana y rápida del estado del paciente es de gran importancia para que exista un manejo adecuado, teniendo en cuenta su individualidad. Además, es necesario que los profesionales tengan sólidos conocimientos sobre las diferentes medidas, que exista una organización eficiente del equipo y protocolos establecidos en los lugares de promoción de la salud. Para ello, la formación profesional debe implementarse y mantenerse como educación continua abordando los diferentes manejos y sus momentos de uso, valorando la mejora constante de los métodos para estos pacientes, para todos los profesionales de la salud. Sumado a esto, se debe incentivar la notificación de los casos por parte de los profesionales, pues el subregistro de casos se presenta como un problema para la recolección de estimaciones sobre agresiones resultantes de la agitación psicomotora. Por lo tanto, se deben fomentar pautas claras y un procedimiento operativo estándar, buscando mantener los entornos profesionales seguros para todos.

Palabras clave: agitación psicomotora, agresión, salud laboral.

Como citar: Fernandes GR, Machado HS, Barros MS, Bahls LRC, Costa GF, Ribeiro ER. Segurança do profissional de saúde frente ao paciente em agitação psicomotora. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2022; 12:1-21. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.382>

Conflito de interesses: declaram não haver
Fonte de financiamento: declaram não haver
Parecer CEP: não se aplica
Recebido em: 05/07/2022
Aprovado em: 17/11/2022
Publicado em: 18/12/2022

Introdução

Os profissionais de saúde que atuam diariamente em assistência hospitalar, especialmente em serviços de emergência, frequentemente se deparam com pacientes agitados ou agressivos. Dependendo do grau de agitação, o comportamento hostil se torna presente representando um risco para a integridade física, não só dos profissionais de saúde, mas também do próprio paciente e outros pacientes e familiares presentes, ao constatar-se que a agitação psicomotora representa 2,6-52% das emergências psiquiátricas em todo o mundo [1]. Portanto, identificar sinais premonitórios de violência para prover um melhor manejo da situação é de extrema importância [2].

O risco dos profissionais em seus ambientes de atuação tem sido evidenciado devido ao número crescente de ocorrências e notificações nos últimos anos [2]. Diante disso, agressões de pacientes a prestadores de cuidados de saúde são uma realidade e uma preocupação, haja vista que seus efeitos podem ter impacto significativo sobre os envolvidos, tanto no âmbito físico e psicológico quanto no âmbito jurídico. Vale ressaltar que a agressão sofrida no ambiente de trabalho com o profissional em função de seu ofício caracteriza-se como acidente de trabalho, segundo o [Artigo 19 da Lei 8.213/91](#), e gera consequências na esfera trabalhista [3].

Em 2002, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) declarou que 25% de toda a violência no trabalho é no setor da saúde. No Brasil, dados do Conselho Regional de Enfermagem e do Conselho Regional de Medicina, ambos de São Paulo, revelam que 32% dos profissionais de enfermagem já sofreram ou presenciaram algum tipo de violência em seu local de trabalho, sendo 20% de violência física. Ainda no Brasil, as equipes dos Serviços de Emergência Psiquiátrica normalmente não permanecem por mais de 3 anos devido ao esgotamento mental.

Apesar desses dados, a problemática se agrava com a ausência de uma instrução a respeito do manejo do paciente violento na formação dos profissionais [4]. A avaliação seguida do manejo desse paciente agitado e potencialmente agressivo são tarefas complexas que exigem dos profissionais relacionados habilidades diversas. Habilidades essas que necessitam ser organizadas e executadas assertivamente [5].

Diante desse cenário surge a questão: Como promover a segurança do profissional de saúde frente ao paciente em surto violento? Em busca de resposta a esta questão, este estudo objetiva reconhecer e identificar as ações e protocolos relativos à promoção da segurança do profissional de saúde frente ao paciente agressivo.

Metodologia

Trata-se de uma revisão do tipo integrativa, um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Os artigos utilizados foram pesquisados nas bases de dados National Library of Medicine ([PubMed](#)), Scientific Electronic Library Online ([SciELO](#)), [Science Direct](#) e Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)), abrangendo estudos nacionais e internacionais.

Os descritores utilizados na busca foram: "agitação psicomotora", "comportamento agressivo", "segurança no trabalho" e "profissional da saúde", todos presentes na plataforma de Descritores em Ciência da Saúde ([DeCS](#)). Aplicando os descritores, foram obtidos 221 artigos. Foram 149 na base de dados PUBMED, um artigo na SciELO, sete artigos na BVS e 64 na Science Direct.

Em relação aos critérios de inclusão, foram selecionados os artigos que apresentavam dados originais e secundários sobre promoção de segurança do profissional de saúde frente ao paciente violento. Quanto aos critérios de exclusão, foram desconsiderados os trabalhos em duplicidade e aqueles que não respondiam à questão orientadora da pesquisa: "Como promover a segurança do profissional de saúde frente ao paciente em surto violento?".

Após a aplicação desses critérios, foram selecionados 15 artigos. Ademais, foram adicionados quatro artigos relativos à temática devido a sua importância científica e impacto acerca do assunto, conforme a Figura 1.

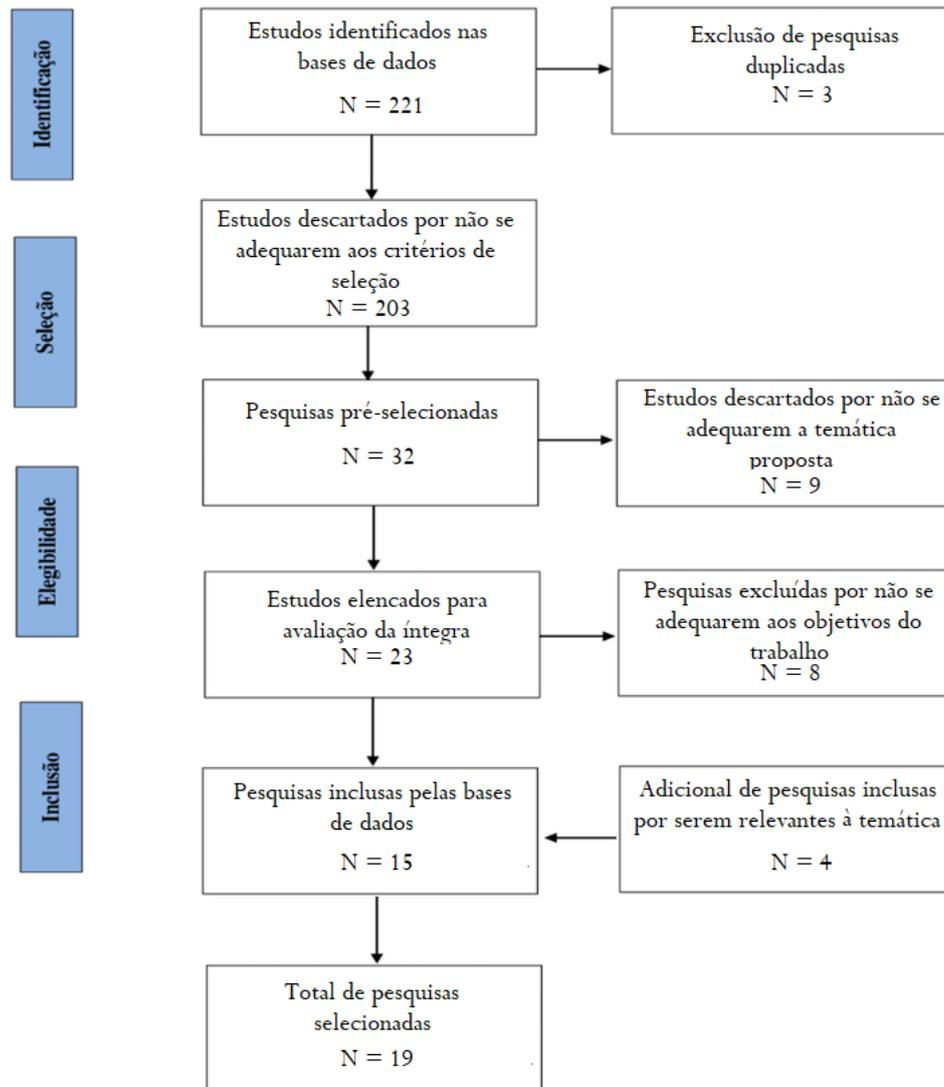


Figura 1 - Estratégia de seleção dos estudos

Resultados

Identificando a origem e o ano de publicação dos artigos selecionados, encontram-se 13,3% (2/15) provenientes da América do Sul, 40% da Europa (6/15), 6,6% da Oceania (1/15) e 40% da América do Norte (6/15).

Em relação ao ano de publicação, em nove anos diferentes foram publicados apenas um artigo (1999, 2007, 2009, 2010, 2011, 2012, 2015, 2019 e 2021). Ou seja, cada ano representa 6,6% do total de artigos. Em três anos (2005, 2008 e 2018) coletamos dois artigos publicados, com cada ano representando 13,3%.

Dessa amostra selecionada, após leitura aprofundada, estabeleceram-se 4 categorias, as quais foram subdivididas em 5 subcategorias, contendo, em uma das subcategorias, quatro tópicos, conforme demonstrado na Figura 2.

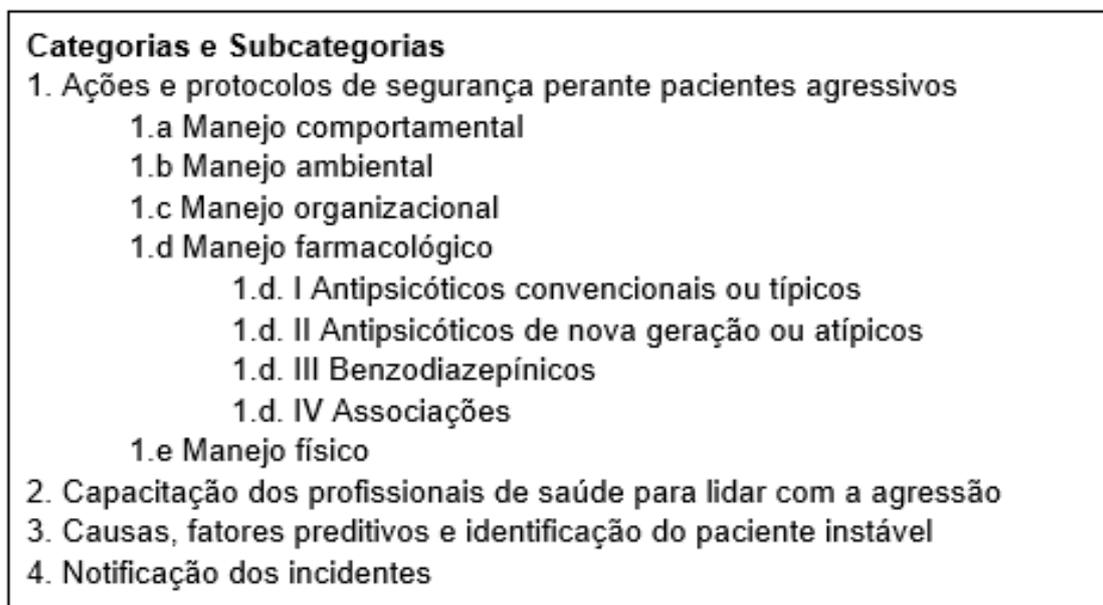


Figura 2 - Categorias e Subcategorias

1. Ações e protocolos de segurança perante pacientes agressivos

Do ponto de vista organizacional, o manejo de um paciente agitado ou violento deve ser planejado e executado em níveis distintos de complexidade [6].

Estes são citados por diversos autores, revisitando a importância da compreensão dos diferentes manejos, sejam eles: (a) manejo ambiental e organizacional, (b) manejo comportamental ou atitudinal, (c) manejo farmacológico e (d) manejo físico. Entretanto, é necessário esclarecer que não existe um protocolo estabelecido para o manejo desses pacientes [2].

Seguindo essa mesma linha de pensamento, em 2010, a American Association for Emergency Psychiatry (AAEP), elaborou o projeto BETA (*Best practices in evaluation and treatment of agitation*), cujo intuito era abranger áreas relacionadas à agitação que não eram muito exploradas em outras diretrizes, como triagem, diagnóstico e redução verbal [7].

A entrevista ao paciente é importante para definir a conduta e protocolo a ser tomado. No entanto, o paciente agitado compreende um desafio para a aquisição de dados pelo profissional de saúde. Para isso são necessárias

algumas atitudes para acalmar o paciente em estado de agitação. Ainda é importante esclarecer que os médicos devem avaliar o paciente em busca da causa mais provável de agitação para, assim, ser capaz de acalmá-lo. O propósito não é determinar um diagnóstico final, mas excluir possíveis causas mais sérias e definir a natureza do estado de agitação [8].

1.a - Manejo comportamental

Por meio de estudos com artigos empíricos e revisões sobre intervenções para o manejo de agitação, a atitude do médico e demais profissionais da saúde é um dos fatores mais importantes para o controle do comportamento agressivo do paciente. As autora afirma que quando o profissional entende a postura hostil do paciente como sendo parte do quadro clínico e não como um ataque pessoal, seu comportamento torna-se mais empático e acolhedor. Dessa forma, é criado um vínculo com o outro capaz de gerar confiança e respeito mútuo, o que converge no controle da agressividade [6].

A melhor forma de lidar com uma situação de risco é adotar medidas para evitá-la. A postura e a fala calma e controlada são fundamentais durante a consulta. Segundo esses autores, para minimizar atitudes violentas, o profissional de saúde deve manter uma certa distância do paciente, uma vez que propicia mais segurança ao profissional [5, 6, 9, 10].

É importante reforçar a importância da comunicação no cuidado na saúde [9]. Ao se apresentar ao paciente, o profissional precisa conversar num tom de voz brando, pausadamente, sem elevar a voz [5, 6, 11]. Ainda nessa linha, é necessário cuidado com as conversas sensíveis e seu potencial de gerar situações de risco [12]. A entonação verbal significa usar a fala para acalmar o paciente e é recomendada antes de qualquer estratégia mais intrusiva [8].

Quanto ao exame físico, é importante pedir permissão ao paciente para tocá-lo, uma vez que a prestação de cuidados pode ser percebida como uma ameaça à segurança física [13, 14]. Além disso, o paciente precisa se sentir à vontade e estimulado o suficiente para expressar suas emoções, enquanto o profissional, precisa mostrar-se disposto a reconhecer suas preocupações e ajudá-lo [5, 6, 15]. Os autores acrescentam que ficar de pé e cara a cara com o paciente pode ser entendido como uma ameaça. Uma das tarefas mais desafiadoras do profissional de saúde é descobrir a causa subjacente ao surto violento do paciente.

Observou-se quatro estágios do paciente antes do surto violento que devem ser verificados durante essa avaliação: (1) uso de ameaças e insultos (fase verbal), (2) movimentos contínuos e agitados (fase motora) e um dos sinais preditores mais importante segundo o autor, (3) danos aos equipamentos/objetos do ambiente e (4), a última fase, quando o paciente infringe dano sobre si ou sobre os outros [16]. Elaborou-se um guia para profissionais da saúde sobre como prevenir e lidar com a agressão [9].

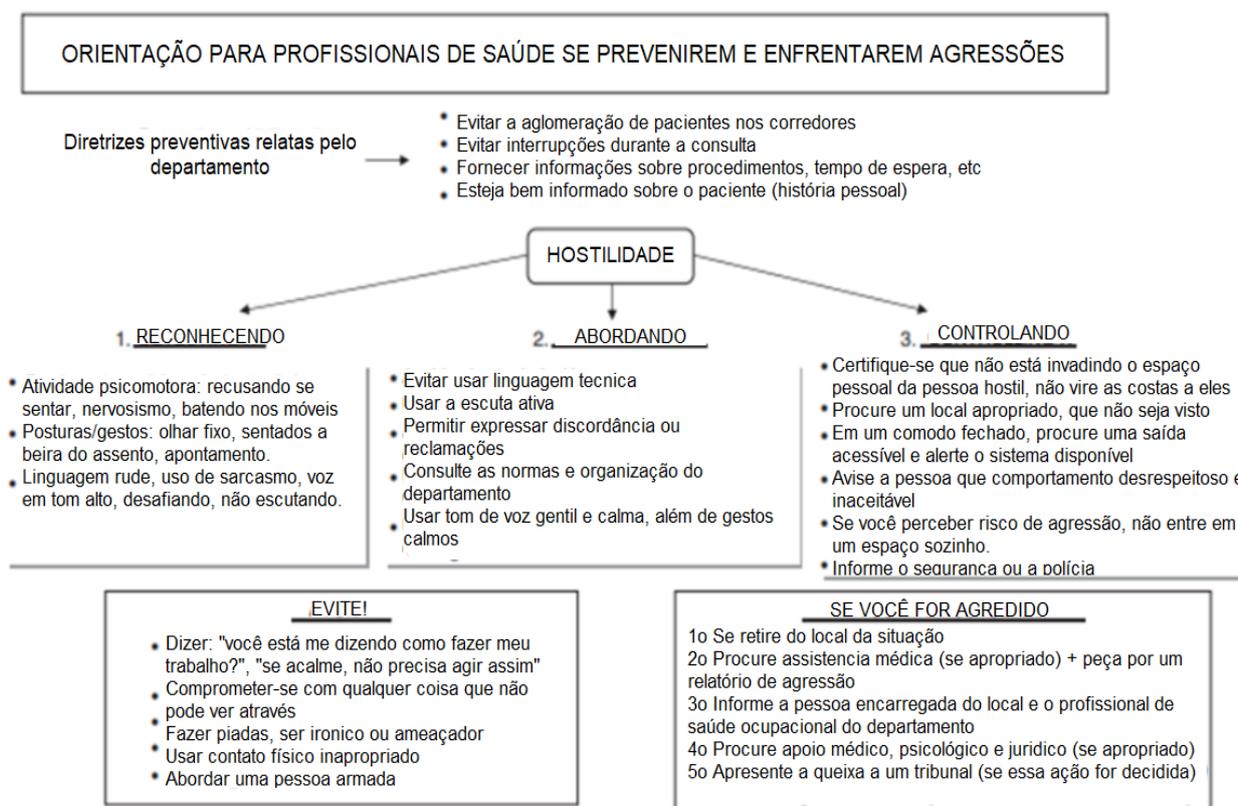


Figura 3 - Guia para profissionais de saúde se prevenirem e lidarem com a agressão

Fonte: A protocol to prevent and deal with aggressive behaviour against health workers. Enfermería Clínica. 2018;28. Adaptado, em português [9].

1.b Manejo Ambiental

A prevenção de agressões contra profissionais da saúde começa com o delineamento e organização do local de atendimento à saúde. A sala de espera precisa ser espaçosa, com boa ventilação e sem tempo de espera excessivo, além de informações compreensíveis sobre tempo que se deve aguardar [6]. Deve-se assegurar de que o paciente também esteja fisicamente confortável [8]. Corredores amplos são preferíveis, afastando-se da possibilidade de aglomeração.

Elaborou-se regras para as salas de entrevista. Devem conter sistemas de alarme concludentes em respostas imediatas e apropriadas. A não manutenção de objetos potencialmente perigosos e quebráveis em salas é essencial para evitar agressões [8] e é recomendado a impossibilidade de portas trancarem por dentro [5, 8]. O médico deve estar próximo à porta, para que não seja bloqueado por um paciente em agitação [6, 17]. A sala deve ter consultório privativo, porém não isolado, além disso, é recomendado a redução de estímulos ambientais e o uso de salas com duas portas para atendimento de pacientes violentos [11].

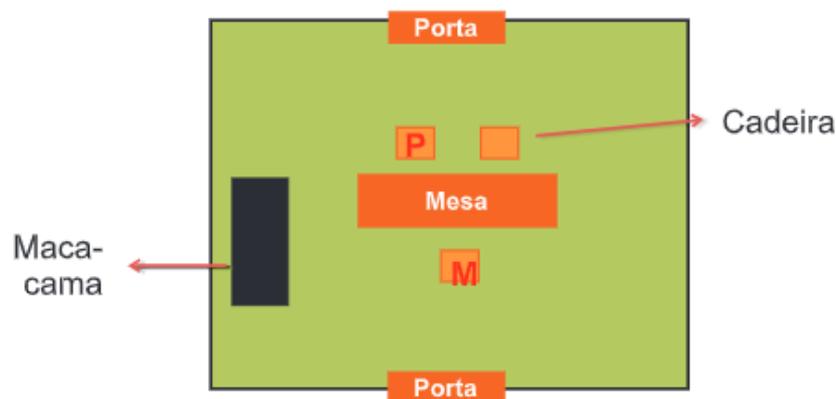


Figura 4: Esquema de sala de atendimento psiquiátrico ideal.
P = paciente; M = médico.

Fonte: Baldaçara LR.

1.c Manejo Organizacional

Os protocolos organizacionais em rigor, que envolvem a equipe e a instalação de saúde são essenciais para prevenir e lidar com agressões. As regras do departamento devem ser claras e acessíveis [9], incluindo política de contenção explícita [5]. O treinamento e a reciclagem periódica da equipe são essenciais (técnicas de simulação são úteis), em adição à disponibilidade da força de segurança em todos os momentos [9]. No Serviço de Emergência Psiquiátrica (SEP), no treinamento de equipe, devem existir protocolos específicos para a abordagem terapêutica de pacientes agitados [18].

1.d Manejo farmacológico

O objetivo do uso de medicações deve ser tranquilizar o paciente rapidamente, a fim de reduzir o risco de auto e heteroagressividade [6]. O manejo farmacológico, assim como a contenção física, citando a mesma

autora, deve ser sempre a última opção de conter o paciente, quando todas as demais tentativas de acalmar o paciente não funciona [5]. Vale ressaltar que é ilegal e inapropriado o uso de restrições para fins de punição, vingança, coerção ou conveniência do profissional de saúde [11]. Existem alguns comportamentos específicos que representam situações de agitação clínica em que seria considerada uma intervenção química como: raiva explosiva ou imprevisível, comportamento intimidador, agitação física, abuso físico ou verbal, resistência ao cuidado e impulsividade [11].

Faz parte do senso comum a ideia de que o paciente pode recusar, em qualquer situação, a administração de medicamentos em si mesmo, mas isso não é de todo verdade. O uso de medicações para reduzir um paciente violento, potencialmente arriscado para si e às pessoas ao redor, podem ser administrados mesmo sem consentimento dele ou de seus tutores [4, 5, 6, 11, 16]. Como consequência, há a prevenção da escalada do comportamento e auxílio na reversão da causa da agitação.

A escolha da medicação deve seguir os critérios de idade, sexo, índice de massa corpórea, presença de condição médica prévia ou outras complicações, medicações prescritas anteriormente e efeitos colaterais. Sempre que possível, o medicamento deve ser oferecido por via oral, mas caso não haja a cooperação do paciente, este pode ser aplicado via intramuscular. Vale ressaltar que não se deve forçar uma pílula por via oral, pois isso pode acarretar uma lesão por mordedura humana ao profissional responsável [11]. As medicações mais utilizadas são os antipsicóticos convencionais (em especial os de alta potência), antipsicóticos de nova geração e benzodiazepínicos.

1.d.I Antipsicóticos convencionais (AC) ou típicos

O representante mais usado dessa classe para a contenção química de pacientes agitados é o haloperidol, que é um antipsicótico convencional de alta potência. Os efeitos adversos desses medicamentos incluem sedação excessiva, hipotensão, arritmias cardíacas e diminuição do limiar convulsivo dos pacientes, dessa forma, para estas situações, os AC de baixa potência não são recomendados [6]. Ao contrário da clorpromazina, o haloperidol tem uma menor propensão a todos esses efeitos colaterais citados, todavia, seu uso aumenta a chance de efeitos extrapiramidais.

Ao administrar a medicação é necessária a observação do paciente. O antídoto para esses efeitos colaterais é o mesilato de benztropina ou difenidramina. Apesar deste produto, o haloperidol ainda é o principal

antipsicótico usado na emergência para agitação aguda indiferenciada devido à sua alta eficácia e custo relativamente baixos [11].

É importante notar, que alguns estudos mostraram que AC podem ter algumas ressalvas quando administrados na população idosa, como taxas aumentadas de reações adversas fatais [11]. Assim, o paciente idoso pode ser contido com AC mas apenas se for extremamente necessário não havendo outro medicamento disponível, e o profissional que o fizer deve estar ciente dos riscos envolvidos.

1.d.II Antipsicóticos de nova geração (ANG) ou atípicos

Os medicamentos olanzapina, aripiprazol, clozapina, risperidona, aripiprazol, quetiapina e ziprasidona são os representantes dessa classe mais utilizados na contenção de pacientes em estado de agitação psicomotora. Essa classe apresenta um melhor perfil de efeitos colaterais [16], menor risco de sintomas extrapiramidais e menor risco de sedação excessiva, proporcionando mais um efeito de tranquilidade no paciente, apresentando boa eficácia [6]. O lado negativo dessa nova geração é seu preço elevado em comparação com os AC [11].

As recomendações, de maneira geral, são interligadas aos efeitos negativos (pobreza de pensamentos, retraimento, falta de motivação) e positivos (psicoses e alucinações) da esquizofrenia [11]. Em contrapartida, os efeitos colaterais gerais dessa classe incluem hipotensão, instabilidade hemodinâmica e prolongamento da onda QTc predispondo arritmias.

Dando enfoque à olanzapina, a literatura atual concorda que a dose inicial oral deve ser entre 10 e 20 mg [6, 11]. A primeira contraindicação relativa desse medicamento é em relação à população idosa [11]. Outrossim, o medicamento não deve ser ofertado para pessoas com diabetes mellitus, que tenham tido infarto do miocárdio recente ou que já tenham o intervalo QTc prolongado. Vale esclarecer que não se deve fazer associação de olanzapina com benzodiazepínicos pois existem riscos de efeitos adversos graves [6].

1.d.III Benzodiazepínicos (BZD)

Os benzodiazepínicos são drogas de uso controlado, porém de uso muito comum na população. Seu protagonismo nos prontos socorros para conter a agitação psicomotora se esclarece em suas indicações, que são: agitação sem causa definida, agitação por abstinência de drogas sedativo hipnóticas

e etanol, agitação por uso de cocaína, ingestão de substâncias simpatomiméticas e hiperatividade muscular [5], além de sua larga janela terapêutica, o que confere mais segurança no momento da indicação. Seus efeitos incluem uma ação sedativa e ansiolítica. Os três BZD mais utilizados são o diazepam, lorazepam e midazolam.

O Diazepam possui uma rápida absorção, mas não é a droga de escolha para pacientes geriátricos, pois o metabolismo hepático nos idosos é demasiadamente mais lento e como esse medicamento é metabolizado pelas vias oxidativas hepáticas, pode haver um prolongamento da medicação no corpo. O Lorazepam pode ser uma boa escolha de BZD para a substituição do Diazepam, porque ele não depende da via hepática para ser metabolizado [11].

Enfim, o midazolam é mais indicado por reduzir o risco de depressão respiratória. É o medicamento de absorção e início de ação mais rápida entre os da mesma classe, sendo preferido muitas vezes por essa característica. Possui um curto tempo de meia vida (90 a 150 min). Possui amnésia retrógrada e anterógrada como efeito adverso aditivo.

I.d.IV Associações

Para concluir, o uso de associações entre classes de medicamentos para o manejo farmacológico da agitação psicomotora é altamente recomendado. BZD associados a haloperidol se mostram mais eficientes juntos do que se usados de maneira individual, tendo como resultado uma maior eficácia, menor dose e menores efeitos adversos. Risperidona associada a BZD também possui indicativos de menores efeitos colaterais do que se usados de maneira separada [11].

1.e Físico

O manejo físico do paciente é a última das opções dentro da lógica clínica adequada para incidentes relacionados ao comportamento agressivo. A contenção deve ser considerada apenas quando houver riscos para o próprio paciente, outros pacientes ou equipe de saúde [6].

Esse tipo de intervenção é recomendado apenas se outras tentativas menos invasivas de contenção já tiverem sido utilizadas e sempre por um curto período, nunca como forma de castigo, tratamento ou para ensinar outros profissionais do local [8]. Neste sentido, a autora declara que a intervenção por meio da contenção é considerada adequada quando o comportamento já foi instituído.

Em meio a esse cenário, a equipe deve, então, intervir de forma coercitiva, seja por meio da contenção física ou mecânica do paciente. A estrutura física de um Serviço de Emergência Psiquiátrica deve sempre conter material de contenção física, como faixas e camas fixadas no chão [17].

Na contenção física, de acordo com a autora, o paciente é mobilizado contra o solo, já na contenção mecânica, o paciente é fixado no leito com a ajuda de faixas e outros tipos de tecido, sempre com o objetivo de impedir que o paciente possa machucar a si ou a qualquer outra pessoa presente no ambiente. Embora seja uma medida contestável contra a dignidade do paciente, a contenção mecânica é de uso mais comum que a contenção física no Brasil e segue sendo aplicada sem um protocolo específico [6].

Ainda nessa perspectiva, em uma revisão com enfoque em crianças com transtorno de agitação psicomotora, observa-se que deve haver uma racionalização acerca dos riscos e benefícios do manejo físico do paciente frente a cada situação em particular. A contenção do paciente deve ser considerada apenas após que outras medidas já tenham sido empregadas. Quanto à contenção mecânica do paciente, alerta-se para o fato de que podem ser gerados danos orgânicos como hematomas, complicações relacionadas a hipertermia e rabdomiólise [6, 16].

2. Capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a agressão

Um dos fatores que implicam em elevado número de violência sobre os profissionais de saúde é a carência de capacitação. Lidar com pacientes violentos deveria fazer parte da formação dos médicos, psicólogos, enfermeiros e polícia hospitalar [5].

Dentre os pilares da capacitação, para os autores, há o reconhecimento prévio de potencial de comportamento agressivo, manejo e monitoramento apropriado de paciente violento ou com histórico de violência, além de eficácia na educação para aumentar a segurança. Em uma unidade, com a implementação de uma intervenção estruturada, ocorreu uma diminuição na taxa de uso de contenção física em um período de cinco anos [19]. A formação e a educação são elementos primordiais na estratégia para lidar com o cenário de atendimento a pacientes agitados [20].

Os autores afirmam que habilidades interpessoais aprimoradas, reconhecimento da agressão do paciente e saber como responder a fatores

emocionais, são elementos importantes na redução da agressão no setor de saúde, uma habilidade interpessoal crucial para lidar com situações adversas de trabalho é a assertividade. Esta direciona os funcionários a mudar a forma como eles se veem e a estabelecer autoconfiança e melhorar a comunicação interpessoal.

No entanto, uma revisão com enfoque no agir do enfermeiro, afirma que, em um estudo realizado na Austrália, não é demonstrado diferenças no número de exposições violentas, em comparação com o grupo que havia ou não recebido orientações de manejo. Ele traz à tona que, independentemente da falta de evidências conclusivas, muitas organizações implementam programas de treinamento como estratégia para diminuir a violência no local de trabalho [4].

Ainda, quando interconectados paciente, equipe, macrosistema e microsistema de assistência à saúde, forma-se uma estrutura sólida baseada na segurança do paciente [21]. Logo, os serviços de emergências psiquiátricas devem receber investimentos e valorização, principalmente os que integram hospitais gerais e atenção primária, visando atendimento ágil e regulação da rede de assistência à saúde mental [22].

3. Causas, fatores preditivos e identificação do paciente instável

Os motivos pelos quais o paciente se torna agressivo podem se apresentar de diferentes formas. De acordo com artigos empíricos e revisões sobre intervenções para o manejo de agitação, a agressividade advém, dentre outros fatores, de manifestações de condições orgânicas médicas gerais, podendo ser citadas: hipoglicemia, hipóxia, traumatismo crânio encefálico, sangramento, hiper e hipotermia, meningite, sepse, entre outras. Caso uma dessas causas orgânicas seja identificada, é possível que seja feito o tratamento direto da causa de agitação, evitando, dessa forma, o risco de instituição do comportamento agressivo [6].

Além disso, o mesmo raciocínio clínico deve ser aplicado para a investigação do uso de substâncias psicoativas que podem ter efeito sobre o sistema nervoso central, levando a alterações de comportamento [6]. A maioria das ocorrências envolvem usuários de drogas e álcool [18]. Nessa mesma linha, as desordens mentais que podem tornar o paciente agressivo são: esquizofrenia, distúrbio bipolar, demência, intoxicação por álcool, entre outros [5].

Já estudos realizados na Espanha com médicos abordam as causas da violência sob outro prisma, trazendo à tona questões de direitos e deveres [10]. Segundo essa linha de raciocínio, a agressividade advém de os usuários não compreenderem as limitações do próprio sistema de saúde, assim como seu funcionamento e da exigência de seus direitos, sem cumprir com seus deveres.

É de suma importância identificar comportamentos e sinais que predisõem à agressão [4]. Os sinais característicos de pacientes com predisposição a violência são, por exemplo, a raiva, confusão, impulsividade, hiperatividade, tom de voz elevado, olhos fixados, movimentos repentinos, tensão e não cooperação [5]. Quanto a características não comportamentais, o perfil mais frequente dos agressores é: homens, jovens entre 16 e 29 anos, dependentes químicos e portadores de distúrbios de personalidade [14].

4. Notificação dos incidentes

Ocorrendo uma situação de agressão, a notificação deve ser imediata e obrigatória [5]. No entanto, o autor relata que a violência nesse ambiente é frequentemente subnotificada. De acordo com National Health Service, isso acontece pela falta de conhecimento do que pode ser considerado um comportamento violento [4]. Por vezes, os funcionários falham em denunciar a violência por conta de negação, vergonha, medo de culpa e falta de apoio administrativo [5]. A importância de notificar se dá por fornecer estimativas corretas acerca da extensão da violência em cada estabelecimento [5].

Diretrizes claras devem ser utilizadas para acompanhar e apoiar as vítimas de agressão [5]. Também é importante ter um procedimento operacional padrão, de forma a seguir um modelo de relato de ocorrência através de documentação técnica [18]. Além disso, conforme a autora, a coexistência de leis e normas distintas aplicadas na mesma instituição dificulta a gestão da segurança e saúde no trabalho.

Além disso, a constituição de uma equipe técnica especializada em segurança e saúde no trabalho é primordial para o acompanhamento e análise dos incidentes e notificações levando em consideração as especificidades de cada estabelecimento [18].

O autor finaliza afirmando que esses fatores apontados, principalmente junto aos dados de notificação, devem ser objeto de estudo e geradores

de programas de promoção à segurança e saúde dos trabalhadores e doenças relacionadas ao trabalho. Ainda se conclui que cabe aos empregadores a responsabilidade de manter um ambiente seguro para todos [5].

Considerações finais

Em resposta ao objetivo proposto nesta revisão, pode-se concluir, ao integrar os conteúdos, que a forma de lidar com o paciente violento está vinculada diretamente ao conjunto dos manejos comportamental, ambiental, organizacional, farmacológico e físico do paciente. Sendo essas duas últimas formas de manejo, medidas que devem ser empregadas de maneira ponderada e condizente com a situação em particular na qual o comportamento agressivo já tenha sido estabelecido. Afinal, a violência é resultado de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais, econômicos e culturais.

Nesse contexto, a avaliação do profissional de saúde sobre o estado emocional do paciente é de suma importância, pois só dessa forma é possível prever um potencial comportamento agressivo e neutralizá-lo a partir de técnicas menos invasivas que as presentes no manejo farmacológico e físico.

Essa habilidade conduz a outro fator importante para mitigar os riscos de violência, a capacitação profissional. Esta deve incluir métodos para o desenvolvimento de comunicação entre a equipe e o paciente, o reconhecimento prévio do comportamento potencialmente agressivo e o manejo do paciente caso seja estabelecido esse comportamento. Logo, pode-se dizer que a educação permanente é um dos pontos fundamentais para a estruturação de protocolos abrangentes de manejo do paciente em agitação psicomotora, além de se evidenciar a necessidade da criação de um protocolo, bem estabelecido, para o manejo desses pacientes.

Diante dos altos índices de acidentes violentos ocorridos com profissionais da saúde, saber como prevenir e lidar de maneira segura é essencial para manter a integridade física e psicológica tanto do prestador de cuidados à saúde como do paciente em surto violento.

Referências

1. Baldaçara LR, Ismael F, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Diaz AP, Périco CAM, Porto DM, Tung TC. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. Brazilian Journal of Psychiatry. 2019;41(2):153–67. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163> - PMid:30540028 - PMCID:PMC6781680
2. Baldaçara LR, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, Santos RM, Gomes Júnior VP, Calfat ELB, Ismael F, Périco CAM, Porto DM, Zacharias CEK, Cordeiro Q, Silva AG. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. Brazilian Journal of Psychiatry. 2019;41(4):324-35. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177> - PMid:30843960 PMCID:PMC6804299
3. BRASIL. Lei de benefícios da previdência social. Artigo 19 da Lei 8213/91. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF; 1991. <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/104108/lei-de-beneficios-da-previdencia-social-lei-8213-91#art-19>
4. Hardin D. Strategies for nurse leaders to address aggressive and violent events. J Nurs Adm. 2012;42(1):5-8. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/mdl-22157374>
5. Brasić JR, Fogelman D. Clinical safety. Psychiatric Clinics of North America. 1999;22(4):923–40. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70134-9](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70134-9) - PMid:10623979
6. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010;32(suppl 2):S96–103. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006> - PMid:21140077

7. Holloman G, Zeller S. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2012;13(1):1–2.
<https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865> - PMid:22461914
PMCID:PMC3298232
8. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, Baldaçara LR, San L, McAllister-Williams RH, Fountoulakis KN, Courtet P, Naber D, Chan EW, Fagiolini A, Möller HJ, Grunze H, Llorca PM, Jaffe RL, Yatham LN, Hidalgo-Mazzei D, Passamar M, Messer T, Bernardo M, Vieta E. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2016;17(2):86–128.
<https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007> - PMid:26912127
9. Altemir M, Arteaga A. A protocol to prevent and deal with aggressive behaviour against health workers. *Enfermería Clínica (English Edition)*. 2018 Mar;28(2):125–32.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2017.09.002> - PMid:29107451
10. León MM. El riesgo emergente que constituyen las agresiones y violencia que sufren los médicos en el ejercicio de su profesión: el caso de España. *Rev Bioét*. 2010;18(2):maio-ago.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-577706>
11. Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2010;28(1):235–56.
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.10.006> - PMid:19945609
12. Sainz Pinós C, Maestre Naranjo M, Bordas Olivas J, Cabrero Martín B, Rodríguez de la Pinta, ML, Triverio L, Federico P. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. *Med Segur Trab*. 2011;57(222):5–14.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-89939>
13. Beattie J, Griffiths D, Innes K, Morphet J. Workplace violence perpetrated by clients of health care: a need for safety and trauma-informed care. *J Clin Nurs*. 2019; 28(1-2):116–24.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14683> - PMid:30300949

- ↑ 14. Powell D, Hobgood T. Detection and management of the unstable patient. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. 2005;13(1):169–80. <https://doi.org/10.1016/j.fsc.2004.04.012> PMID:15519936
- ↑ 15. Cork A, Ferns T. Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part II). *Int Emerg Nurs*. 2008;16(2):88–93. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-18519059>
- ↑ 16. Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría*. 2005;63(6):526–36. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(05\)70253-8](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(05)70253-8) - PMID:16324619
- ↑ 17. Kawakami D, Prates JG, Teng CT. Propostas para o futuro: estrutura física e equipe ideal nas emergências psiquiátricas. *Debates em Psiquiatria*. 2016;6(4):28–33. <https://revistardp.org.br/revista/article/view/125>
- ↑ 18. Cerchiaro LC. Agressões de pacientes a profissionais de saúde mental: o agir em relação ao comportamento inesperado. [Dissertação de Mestrado em Ambiente, Saúde e Sustentabilidade]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2017. <https://doi.org/10.11606/D.6.2017.tde-24072017-182307>
- ↑ 19. Wong AH, Ray JM, Cramer LD, Brashear TK, Eixenberger C, McVaney C, Haggan J, Sevilla M, Costa DS, Parwani V, Ulrich A, Dziura JD, Bernstein SL, Venkatesh AK. Design and implementation of an agitation code response team in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2022;79(5):453-464. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2021.10.013>
- ↑ 20. Oostrom JK, van Mierlo H. An evaluation of an aggression management training program to cope with workplace violence in the healthcare sector. *Res Nurs Health*. 2008;31(4):320–328. <https://doi.org/10.1002/nur.20260> - PMID:18228608

- ↑ 21. Wong AH, Ruppel H, Crispino LJ, Rosenberg A, Iennaco JD, Vaca FE. Deriving a framework for a systems approach to agitated patient care in the emergency department. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(5):279–292. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.11.011>
PMid:29759261
- ↑ 22. Barros REM, Marques JMA, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2009;32(2):145–51.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462009005000014>
PMid:20027489