

Agitação, Agressão e Violência na Urgência Psiquiátrica no Hospital Curry Cabral. Experiência e Reflexões

Agitation, Aggression and Violence in the Psychiatric Emergency of Hospital Curry Cabral. Some Thoughts

Maria Antónia Frasquilho*

RESUMO:

Trata-se de um artigo que redige a comunicação oral efectuada no Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca sob o lema “Psiquiatria de Urgência”. A partir da experiência da autora enquanto psiquiatra do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) no Serviço de Urgência de Psiquiatria no Hospital Curry Cabral, tece-se a descrição da *praxis* e do seu contexto, apresentam-se conceptualizações sobre a mesma, acompanhadas de um modelo que a enquadra, e reflexões críticas da própria.

Palavras-Chave: Urgência Psiquiátrica; Modelo de Intervenção; Necessidades de Saúde Mental.

Abstract:

This is an article that compiles the oral communication presented at the Symposium of the Department of Psychiatry of Hospital Fernando Fonseca focused on “Emergency Psychiatry”. From the author’s experience as a psychiatrist at Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) in the Curry Cabral Hospital psychiatric emergency room, this

text describes the praxis and its context, presents conceptualizations about the subject, accompanied by a fitting theoretical model, as well as personal critical reflections.

Key-Words: *Psychiatric Emergency; Intervention Model; Mental Health Needs.*

Quando me foi solicitada a abordagem do tema agressão e violência, a primeira questão que me pus foi “de que é que se fala quando se usam estes termos?”. A violência física hetero-consumada é uma pequena parcela. Num serviço de urgência, confrontamo-nos com questões bem mais amplas e sempre complexas: auto-agressões, abusos morais, violência psicológica em múltiplos graus e expressões direccionados aos profissionais ou a acompanhantes, comportamento agressivo sem alvo específico, impulsivo ou instrumental, violência de grupo ou individual, desencadeada por factores reais ou delirantes, que podem constituir crime ou não.

Não há consenso quanto à definição de agressão. Bandura refere-a como “comportamento que resulta em dano pessoal ou patrimonial”¹. Scherer, Abeles e Fischer² consideram-na um “comportamento intencional para magoar

* Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - Serviço de Sintra. alterstatus@gmail.com

outrem da mesma espécie” e Baron postula um “comportamento directamente dirigido ao objectivo de destruir, prejudicar outro ser vivo que está motivado para evitar tal tratamento”³. Nestas perspectivas, violência é o grau extremo da agressão.

Na obra *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*, os autores⁴ debruçam-se sobre a dificuldade de prever riscos baseados em critérios clínicos, integram a agressão e violência na comunidade numa conceptualização de saúde pública, referindo que no âmbito estritamente psiquiátrico (doença mental per se como causadora da violência) regista-se relativamente poucos casos. Isto é importante ser conhecido, pois o estigma contra doentes mentais assenta em medos de danos que carecem de provas determinísticas. Mais fácil é debruçarmo-nos sobre a agitação. A hipervigilância, a hiperactividade sem propósito, o comportamento funcional e social inapropriado, as explosões verbais, os gestos excessivos e comunicação agreste, com mais ou menos hostilidade, são próprias da agitação psicomotora. Esta, sim, é vulgar em múltiplas situações médicas, psiquiátricas e mistas (comorbilidades). Perturbações da ansiedade, afectivas, psicoses, estados orgânicos de demência, AVC, trauma, *delirium*, dor intensa, fármacos, intoxicação ou abstinência de drogas apresentam-se na urgência com agitação. Também em situações de conflitos, intolerância à frustração e dificuldades de gestão das exigências do quotidiano, a agitação, e até

agressão, podem ser a sua expressão comportamental.

Enquanto profissional de saúde mental e psiquiatra, pauto-me por um modelo de abordagem, em urgência e noutros contextos profissionais, que privilegia a compreensão. Quando há que resolver problemas complexos, esse entendimento, longe de ser elementar e com foco afunilado (razões de biologia, razões de personalidade ou determinismos relacionais), tem de englobar níveis de explanação do funcionamento humano integrativos. É óbvio que há diversas visões teorizadas que congregam seguidores (os modelos das neurociências, os médicos, os modelos centrados no humanismo, os múltiplos psicológicos, os sociológicos, os teológicos). Cada um provê explicações válidas do comportamento, mas cada um, se exclusivo e fechado, é sempre parcelar e, como tal, no meu entender, insuficiente.

Em cada situação de intervenção técnica sobre o comportamento humano temos antes de contemplar a sua dinâmica e evolução no ciclo de desenvolvimento. Temos de considerar o “Porquê?”, “Por que razão temos os problemas que temos?”; o “Quê?”, “Qual é exactamente o problema?”; o “Como?”, como cada pessoa experimenta emocionalmente a situação; o “Para quê?”, há finalidades que o comportamento visa atingir? E nesta perspectiva, na qual qualquer dimensão tem um efeito inter-relacionado sobre as outras dimensões, o sujeito que procura um serviço de urgência age e é agido por todo um sistema em que a estru-

tura e a organização e atitude dos serviços são partes integrantes.

Em suma, uma actualização do conhecimento é crucial: ela alicerça o saber, raiz primeira da análise dos problemas. A experiência construída ao longo de anos de *praxis*, se metabolizada em aprendizagem contínua, enquadra a prática, o fazer de urgência com fluidez, porque bem interiorizada. Finalmente, é decisivo o auto-questionamento pessoal, o conhecer-se como actor na relação, mediador no processo de comunicação, cujas atitudes estão implicadas nos resultados finais. Conhecimento, experiência e atitude, mobilizados num todo, com foco sempre na pessoa e nas suas circunstâncias, entendida como um sujeito também de poder e com direitos (e não só uma orientação para a doença), eis o ponto de partida que entendo essencial na prática médica.

Os dados epidemiológicos indicam que a violência nos serviços de urgência está em crescimento^{5,6} e, o mais das vezes, não é reportada^{7,8}. A situação pode limitar-se a um problema médico-psiquiátrico e a nossa acção será similar à resolução de outra qualquer patologia, tal como a da agitação psicomotora, mas, no fundo, é sempre bem mais complexa. A agressividade e violência geram morbidade nos profissionais de saúde. Há casos de mortes infligidas e os riscos de segurança são um factor de *stress* laboral inquestionável com as inerentes perdas de produtividade, erros, in-

satisfação, turnover e abandono dos postos de trabalho em serviço de urgência⁹.

No Serviço de Urgência do Hospital Curry Cabral (HCC), o crescendo de agressão é assinalável mas ainda incipiente, essencialmente verbal, ou agressões perpetradas sem recurso a armas.

No quadro de comportamentos hetero-agressivos, considero que na nossa prática clínica de emergência enfrentamos poucos casos de genuína violência. A maioria corresponde a quadros de etiologia orgânica (uso ou abstinência de tóxicos) e psicoses, usualmente com comorbidade com drogas ou álcool.

As situações de hostilidade agressiva são mais frequentes, habituais em perturbações da personalidade (explosivas, dissociais, *borderline*, paranóides, histriónicas) mas também em casos de excitação maníaca, de psicoses e de situações orgânicas tipo demência e pós-AVC. Deve-se assinalar que muito corrente e em crescimento são as explosões agressivas de familiares, quer dirigidas ao *staff*, quer no contexto de conflitualidade intrafamiliar ou outra, deslocada para o território do serviço de urgência.

Por seu lado, estados psicopatológicos de agitação são muito comuns e possíveis em quase todas as patologias, nem que seja como resposta ao *stress* da imersão no ambiente hospitalar.

Quanto aos comportamentos auto-agressivos, registamos uma alta incidência e um crescendo assinalável. Os mais comuns correspondem

a ingestão voluntária de tóxicos com ideação suicidária ocasional, mas mais comumente como reactividade a frustrações e como mecanismos de *coping* perante *stressores* vitais. Na mesma linha, registamos as auto-mutilações, as fugas psicogénicas com dramatização e auto-flagelo. Mais uma vez, conflitos, frustrações, personalidades não suficientemente maduras para enfrentar os desafios da vida estão no desencadear das auto-agressões. Alguns quadros orgânicos e, mais uma vez, as psicoses, algumas depressões e reacções de (des)ajustamento poderão ser determinantes. O comportamento suicidário com risco efectivo de auto-destruição é menos incidente e inscreve-se usualmente no quadro de perturbações depressivas ou psicóticas, sendo de imediato objecto de internamento.

Finalmente, abordo o caso em que o utilizador do serviço de urgência não é a fonte da agressividade ou violência, mas sim a sua vítima. Não é raro o recurso de sujeitos em quadros de *stress* pós-trauma, de depressão, de grave ansiedade e mesmo em situações de agitação psicomotora na sequência de violência física ou emocional de que foram ou estão continuamente a ser alvo. Situações como estas eclodem e disseminam-se em momentos de crise como a actual. A falta de respeito pela identidade e integridade de outrem transforma-se. Da excepção condenável passa a instrumento de gestão ou processo “normal” de retirar da vítima uma qualquer vantagem. De acordo com a literatura^{2,3,6}, confirmamos maior pre-

valência de casos graves de agressão e violência no género masculino e mais casos de hostilidade dissimulada ou deslocada em mulheres, bem como de auto-mutilação.

O serviço de urgência pauta-se pela necessidade de resolver no mínimo tempo possível os casos em mãos. Assentará numa boa triagem pré-envio para a especialidade, com base na verificação do que são efectivamente casos psiquiátricos, na gravidade do comportamento agressivo e dos seus riscos. Contudo, raramente tal é conseguido e há um conjunto assinalável de casos que não são médicos (meros conflitos, zangas passageiras) ou que não exigem intervenção imediata em serviço de urgência. O perfil habitual de situações de agressividade e violência neste serviço é: homem de 20-30 anos de idade, intoxicado, desafiante, com traços dissociados (por vezes acompanhado de autoridades policiais com quem teve problemas) e também indivíduos de ambos os sexos, mais idosos, com deterioração cognitiva franca, confusão mental e com sintomatologia paranoide, a vivenciarem medo extremo.

Perante situações de agitação e violência o que há a fazer é “cortar o ciclo”. A violência auto-alimenta-se. Um atendimento desejável requer: um doente cooperante; tempo adequado para a avaliação e concepção da resposta terapêutica, se bem que a rapidez se imponha; e um contexto e ambiente favorável. Esta intervenção imediata visa maximizar os benefícios da resposta e reduzir os riscos inerentes à mesma (para o doente e para o profissional).

Numa primeira fase, a meta é conseguir a rápida colaboração do doente em segurança, com conforto mútuo, de forma a avaliá-lo (fazer o diagnóstico clínico e dos recursos a mobilizar, bem como das barreiras a ultrapassar). Um sistema de informação acessível é fundamental, bem como a articulação sequencial com os responsáveis pelos cuidados regulares continuados. Mas, mais uma vez, deparamos com dissonâncias. A urgência psiquiátrica no Hospital Curry Cabral, além de ter uma enorme área de actuação formalmente atribuída na zona da grande Lisboa e de funcionar como referência de segunda linha para toda a zona sul do país (de Portalegre a Portimão), é percebida pela comunidade como “a urgência de psiquiatria”. A ela acorrem os internacionais que escalam no aeroporto de Lisboa, as gentes das províncias de todo o território nacional em visita aos seus familiares lisboetas, ou mesmo transportados por estes especificamente para serem “observados na capital pelo especialista”. O sistema de informação não permite aceder ao circuito de cuidados de saúde fora desta urgência e a ligação aos profissionais, quer médicos de família, quer outros prestadores, é quase nula. Não é viável recolher informação preciosa de outras fontes, nem identificar recursos em rede (muitos doente agitados e agressivos vêm sozinhos ou acompanhados da polícia). Mesmo assim, antes da entrevista directa ao doente agressivo, procuramos obter o máximo de informações. Inquirimos os acompanhantes, quando os há,

a polícia, ou os bombeiros. Todas as informações devem ser combinadas de forma a melhor definir o problema. Outra fonte de informação significativa a que devemos ater-nos é ouvir o que nos dizem os “*feelings*”. Mesmo sem racionalidade, estar atento às primeiras impressões (sabendo que não são mais do que isso) pode ajudar-nos a identificar riscos e a não nos expormos desnecessariamente. Há que ser afirmativo, decidir se se devem cumprir as normas usuais de consulta psiquiátrica em sala fechada com o doente livre ou se a porta deve ficar aberta, se outras pessoas devem estar presentes ou até se se deverá manter ou iniciar a contenção física do doente. Em todos os casos, a abordagem tem de ser tranquila, contrariar respostas bruscas do *staff*, exasperadas ou gritadas.

Este diagrama (figura 1) ilustra a minha opção por um modelo integrativo, que visa assegurar cuidados compreensivos (mesmo em urgência) num processo continuado de rede pluridisciplinar após a alta.

A base estruturante em que assenta o processo de atendimento que preconizo é o paradigma holístico. Ou seja, entendo ser de recusar a fragmentação do “mundo”, o mecanicismo tecnológico ultra-especializado mas reducionista, em que cada um se limita à observação e intervenção numa das partes, tendo por fantasia que o todo se limita à soma das parcelas. A pessoa doente que utiliza um serviço de urgência deve ser compreendida por inteiro e quem a acolhe



Figura 1

tem de entender que tudo (desde a estrutura física do serviço a todos os seus intervenientes, à organização do mesmo, aos processos de actuação, às agendas explícitas e implícitas dos profissionais, dos utilizadores, das comunidades locais, da organização e das políticas) está em interacção naquele preciso momento, e dela depende o resultado final, bem como a qualidade do serviço prestado.

Assim, porque tudo interdepende, a visão sistémica, humanística (com questões de ética, direitos humanos e valores muito presentes, aliadas a um rigoroso conhecimento científico sempre actualizado tendo em conta as evidências) e uma atitude de coesão transdisciplinar também é mandatória, entendo eu, no contexto de um serviço de urgência psiquiátrica. As necessidades de cada doente

ter3o de ser percebidas, o que n3o quer dizer que tenham de ser contempladas ali mesmo no servi3o. H3 necessidades expressas enviadas, h3 manipula33o para atingir fins que n3o s3o aqueles que o servi3o de urg3ncia deve preencher (justifica33es para faltas e outras situa33es, testar limites, recurso para abreviar tempos de espera em ambulat3rio, aliviar familiares ou substituir a aus3ncia de recursos sociais, etc.). Por3m, o profissional em servi3o de urg3ncia tamb3m tem de ser sens3vel 3 exist3ncia de necessidades ocultas e hiatos, em que outras e mais importantes necessidades de sa3de n3o est3o a ser preenchidas. Da ponderada reflex3o e capacita33o para detectar tal jogo de necessidades, resultar3 o vector que vai dar sentido 3 interven33o cl3nica naquele preciso momento. Essa interven33o tem quatro pilares fundamentais: a qualidade da comunica33o/rela33o; a correcta utiliza33o dos psicof3rmacos dispon3veis; a estrutura f3sica do servi3o que tem de ser conforme a tipologia das tarefas que nele h3 a desempenhar; e as vari3veis psicossociais que cada actor nesta din3mica naturalmente transporta e representa. A enquadrar como um tamp3o toda esta arquitectura e a dar-lhe sentido est3 o ambiente social e organizacional que tem de ser coerente com a fun33o a ser desempenhada no servi3o de urg3ncia. Considera-se que parte substancial do *stress* e *burnout* nos servi3os de urg3ncia resultam de incoer3ncias e mesmo perversidades a este n3vel.

No servi3o de urg3ncia psiqui3trica do CHPL, sediado no Hospital Curry Cabral, h3 permanentemente dois m3dicos (usualmente um especialista e um interno) em turnos de 12 horas, dois enfermeiros do CHPL, dois assistentes operacionais e um seguran3a do HCC. Agentes da pol3cia e bombeiros s3o presen3as ass3duas no transporte de doentes. Quando o caso 3 de viol3ncia ou agress3o imediatamente percept3vel, o doente tem acesso r3pido e directo ao servi3o, sendo que o alvo 3 intervir r3pido nas amea3as imediatas, e repete-se: garantir a seguran3a dos presentes e do doente. Na rela33o privilegia-se a comunica33o directa, compreensiva, calma, para que se gere conten33o, mas persuasiva e firme, para que os limites fiquem bem expressos. Opta-se sempre por alargar territ3rio, assegurar sa3das. Pode-se fazer esta interven33o na sala com a porta aberta e o enfermeiro ou o auxiliar por perto. Embora tal seja dif3cil devido 3 sobrecarga destes profissionais com tarefas j3 em curso, em momentos cr3ticos isto 3 conseguido. Ouvir 3 sempre uma boa aposta. Manter a maior calma na provoca33o, n3o fixar o olhar, induzir respostas incompat3veis. Pode-se, por exemplo, oferecer comida. Falar com frases curtas, pausadas. Dizer "Compreendo...", "Vou ajudar...", "Lamento, mas...". Quanto ao pilar farmacol3gico, opta-se pelo emprego criterioso e seguro de psicof3rmacos. Se o caso 3 org3nico, h3 que tratar a causa com o apoio ou encaminhamento do doente 3 Medicina Interna. Se n3o 3 o caso e h3 que baixar depressa

a agita33o e agressividade, tem de se fazer a conten33o qu3mica. Esta 3 diferente da terap3utica da doen3a subjacente. Temos dispon3vel um conjunto razo3vel de psicof3rmacos. Temos f3rmulas l3quidas, orodispers3veis, orais e inject3veis. Nesta 3ltimas, a combina33o de diazepam e haloperidol 3 habitual, acrescida por vezes da prometazina e frequentemente do valproato. Claro que, se poss3vel, damos prefer3ncia a combina33es com os menores efeitos secund3rios extrapiramidais, anticolin3rgicos, hipotens3o, depress3o do centro respirat3rio, hepatot3xicos e cardiot3xicos. Se tem de haver forte seda33o, monitoriza-se de perto. Pode estar indicado fazer de imediato uma cobertura medicamentosa alargada no tempo em doentes cr3nicos que n3o aderem aos antipsic3ticos e, nesses casos, a combina33o intramuscular de zuclopentixol *acutard* e *retard* pode ser uma op33o. Num ou noutro caso muito excepcional (nomeadamente de agita33o resistente em combina33o com doen3a org3nica), j3 foi necess3rio chamar o anestesista. Nas f3rmulas l3quidas, usa-se frequentemente o diazepam e a ciamemazina e, nas orodispers3veis, a op33o mais habitual 3 a olanzapina ou a risperidona. Em alguns casos de agita33o menos dram3ticos, 3 vi3vel optar por medica33o oral e a combina33o de f3rmacos (estabilizadores, tranquilizantes) tamb3m 3 preferida. Nesse caso, uma op33o usual costuma ser o lorazepam. O midazolam, embora se use, n3o encabe3a as escolhas devido ao risco f3sico e de amn3sia anter3grada. Destaco

alguns detalhes: o interesse do lorazepam nos alc3olicos e utilizadores de coca3na (aten33o ao risco nos idosos, nos doentes com DPCO e outras patologias que a depress3o do centro respirat3rio fa3a perigar); o risco de *delirium* anticolin3rgico nos idosos com a prometazina. Os crit3rios da promo33o do isolamento ou da conten33o f3sica configuram-se quando se confirma a presen3a de benef3cios terap3uticos da redu33o de est3mulos, a exist3ncia de risco severo de danos ao pr3prio, terceiros e ao ambiente, ou quando o doente sob internamento compulsivo tem comportamentos de recusa de aceitar o tratamento que necessita. Quando tal se realiza, h3 que mobilizar mais profissionais (de prefer3ncia mais de quatro em equipa coordenada pelo m3dico) que faz a respectiva prescri33o. Apenas pela sua presen3a, este grupo vai demonstrar "for3a" de modo tranquilo. H3 que explicar o porqu3 da conten33o (embora o doente o mais das vezes pare3a n3o compreender), canalizar acesso intravenoso, medicar e vigiar, imobilizando o menor tempo poss3vel.

Ocorrem casos de agita33o com agress3o ao *staff* com impactos de roupa danificada, mordeduras, 3culos partidos... Nos 3ltimos tempos manifesta-se um decrescendo de incidentes f3sicos graves mas um crescendo de litig3ncia.

Embora esteja tecnicamente recomendada a exist3ncia de um leque de interven33es para cuidar dos profissionais de sa3de em servi3o de alto *stress*, como a urg3ncia, n3o h3 ne-

num programa aqui implementado. Vem a propósito referir que os programas deste tipo devem incluir intervenções pedagógicas (informação e treino sobre como comunicar com doentes agitados e potencialmente violentos, como gerir incidentes e resolver problemas e como gerir as situações de *stress* no local de trabalho); intervenções psicossociais de fomento da criação de redes e de prevenção do *burnout*, intervenções organizacionais para prevenção de riscos. Quanto ao factor ambiente (físico e interpessoal) num serviço de urgência psiquiátrica, recomenda-se que seja um espaço ordenado e aprazível, adequadamente iluminado, sem ruído e livre de objectos contundentes que possam constituir riscos em situação de agressão. O espaço deverá ser tranquilo e comunicar a dignidade do acto. Nas salas de observação, o profissional e o doente devem ambos ficar equidistantes da saída, sem obstáculos que a possam dificultar, e uma campanha de emergência deverá estar acessível. Tal como o *staff*, o doente tem direitos mas também tem deveres, e um deles é ter um comportamento de respeito adequado. Como é óbvio, em situações de agressão e violência, esses respeito e adequação são zero.

Neste serviço de urgência, deparamo-nos com insuficiências em diversos outros destes critérios de qualidade. O espaço em termos estruturais está bem dimensionado (duas salas de observação com uma antecâmara para espera de situações mais urgentes – entre as quais as de agitação – uma de tratamentos ampla,

duas enfermarias de quatro camas para observação – uma para homens, outra para mulheres – com um pequeno posto de trabalho e vigilância de enfermagem, e uma sala de isolamento – cama individual para casos graves de agitação). Todo o espaço é bem iluminado, está localizado numa zona mais tranquila do serviço de urgência geral, mas sofre de problemas de falta de manutenção, com mobiliário deteriorado e algum de risco nas situações em apreço. Acresce a falta de controlo das entradas neste local, sendo frequente o ruído, discussões de utentes ou familiares que livremente penetram na antecâmara das salas de observação e uma diversidade de actores que perturbam, desrespeitam e mesmo invadem os gabinetes de atendimento médico. Outras insuficiências que registo respeitam à falta de implementação de protocolos, quer na selecção e encaminhamento da triagem médica, quer nos procedimentos gerais e especializados. Seria importante que a articulação com a medicina e outras especialidades de urgência, algumas importantes das neurociências que não existem no HCC, fosse mais eficiente, tal como seria mandatário que se desenvolvesse a formação em serviço neste domínio. Uma das desadequações é a de este serviço pertencer a outro hospital – o CHPL – e não ao HCC. O investimento cabe ao CHPL, mas a produção é do HCC. Por outro lado, as áreas geodemográficas abrangidas pelo Hospital Curry Cabral não são coincidentes com as áreas abrangidas pelo CHPL em psiquiatria. Esta dissociação

coloca sérios conflitos a nível da qualidade do serviço, com transportes adicionais entre diversos hospitais, quer para serem observados por outras especialidades médicas quando há comorbilidade, quer com desacordos acerca de quem deve transportar e para onde e outras problemáticas relacionadas com custos de investimento e exploração. Eis outra fonte adicional de potencial agitação e comportamentos agressivos. Seria vantajoso que a gestão estivesse mais presente, fosse mais participada e que se melhorasse a compatibilidade de áreas por forma a facilitar o atendimento e a continuidade de cuidados. Mais uma necessidade que se configura é a da existência de outras estruturas que aliviassem o serviço de urgência da procura desadequada, quer no que diz respeito ao funcionamento eficaz do ambulatório de psiquiatria, ou de outros serviços de urgência psiquiátrica a montante, quer a unidades de intervenção na crise (móveis ou fixas nas comunidades). Centros de atendimento telefónicos ou *online* também evitariam recursos desnecessários que sobrecarregam o trabalho em serviço de urgência (sabendo que os acúmulos de utentes e a procura indevida são eles já geradores de ansiedade, agitação e situações de agressividade que seriam evitáveis). Todos reconhecemos a actual insuficiência de recursos no sistema de saúde, mas também deve ser reconhecido que esta “urgência final de rede” não pode alegar falta dos mesmos e que está sempre em funcionamento limite sob tensão e em risco de não ser o clima societal propi-

ciador do alívio de situações de tensão, agitação e violência. Deverão ser projectadas com a maior brevidade soluções organizativas.

Outras situações de agressividade despoletam-se quando não há indicação para internamento e este é o objectivo que subjaz ao recurso à urgência. Certos doentes desinseridos socialmente e com dificuldades de subsistência tentam forçar o internar-se para ter abrigo, alimentação e conforto. Noutros casos é a família em sobrecarga que sente não ter mais capacidade de os cuidar. Tal seria respondido com a existência de serviços de residência social ou cuidados continuados de saúde mental, que entretanto permanecem em falta.

Em termos comunitários muito haveria a dizer quanto à necessidade de programas de prevenção da agressividade e violência, especialmente num momento de crise como a actual que tem impacto indiscutível na saúde mental das populações. O facto é que esta área de promoção da saúde mental e prevenção da doença não é priorizada em Portugal.

Para terminar, à agressão e violência no contexto de serviço de urgência deve responder-se com tranquilidade activa, alicerçada na realidade. Com um rigoroso diagnóstico das necessidades, com trabalho cooperativo para as colmatar e dando uso criativo e responsável às potencialidades existentes.

Eis o que penso quanto à temática para que fui desafiada: psiquiatria de urgência, do hospital à comunidade.

Conflitos de Interesse / *Conflicting interests:*

Os autores declaram n3o ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

N3o existiram fontes externas de financiamento para a realiza33o deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Bandura A: Aggression: A social learning analysis. Oxford, England; Prentice-Hall, 1973.
2. Scherer K, Abeles R, Fischer C: Human Aggression and Conflict: Interdisciplinary Perspective. Englewood Cliffs, N.J.; Prentice Hall, 1975.
3. Baron R: Human Agression. New York; Plenum Press, 1994.
4. Monahan J, Steadman H: Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. London; The University of Chicago Press, 1994.
5. World Health Organization. Press release WHO/37. New research shows workplace violence threatens health services. 2002 [on line]. <http://www.who.int>. Acedido: 22/12/10.
6. European Agency for Safety and Health at work. Violence at work. 2002. <http://www.agency.osha.eu.int>. Acedido: 19/12/10.
7. Lavoie FH, C3rter G, Danzl D, Berg R: Emergency department violence in United States teaching hospitals. *Annals of Emergency Medicine*, 1988; 17 (11): 1227-1233.
8. Kennedy MP: Violence in emergency departments: under-reported, unconsented, and unconscionable. *The Medical Journal of Australia*, 2005; 183 (7): 362-365.
9. Allen P: Violence in the Emergency Department: Tools & Strategies to Create a Violence-Free ED. New York; Springer Publication Company, 2009.