

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Anna Patrícia dos Santos Cunha

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “VIOLENCE RISK
SCREENING-10 (V-RISK-10) PARA A VERSÃO BRASILEIRA: “RASTREIO DO RISCO
DE VIOLÊNCIA-10”**

Belo Horizonte

2024

Anna Patrícia dos Santos Cunha

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “VIOLENCE RISK
SCREENING-10 (V-RISK-10) PARA A VERSÃO BRASILEIRA: “RASTREIO DO RISCO
DE VIOLÊNCIA-10”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e prevenção da Violência. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e prevenção da Violência.

Orientadora: Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Coorientadora: Dra. Juliana Lemos Rabelo

Belo Horizonte
2024

C972a Cunha, Anna Patrícia dos Santos.
Adaptação transcultural e validação do instrumento "Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10)" para a versão brasileira [recursos eletrônicos]: "rastreamento do risco de violência-10". / Anna Patrícia dos Santos Cunha. -- Belo Horizonte: 2024.

61f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Amanda Márcia dos Santos Reinaldo.

Coorientador (a): Juliana Lemos Rabelo.

Área de concentração: Promoção à Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Ajustamento Social. 2. Estudo de Validação. 3. Medição de Risco. 4. Descritor. 5. Violência. 6. Saúde Mental. 7. Dissertação Acadêmica. I. Reinaldo, Amanda Márcia dos Santos. II. Rabelo, Juliana Lemos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 900

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ATA
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às **quatorze** horas do dia seis de maio de dois mil e vinte quatro, modo presencial - sala 526 da Faculdade de Medicina - UFMG, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **ANNA PATRÍCIA DOS SANTOS CUNHA**, número de registro **2021724632**, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube a Prof.ª Amanda Marcia dos Santos Reinaldo Orientador (UFMG). Inicialmente a Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora, assim, constituída pelas Professoras: Prof.ª Adriana de Souza Medeiros Batista (UFMG), Prof.ª Belisa Vieira da Silveira (UFMG), e Prof.ª Juliana Lemos Rabelo Coorientador (HC UFMG). Em seguida a Presidente autorizou a aluna a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: **"ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO "VIOLENCE RISK SCREENING-10 (V-RISK-10) PARA A VERSÃO BRASILEIRA: "RASTREIO DO RISCO DE VIOLÊNCIA-10"**. Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação **APROVADA**. O resultado final foi comunicado publicamente a aluna pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 06 de maio de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Lemos Rabelo, Usuário Externo**, em 08/05/2024, às 08:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Marcia dos Santos Reinaldo, Professora do Magistério Superior**, em 08/05/2024, às 09:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Belisa Vieira da Silveira, Professora do Magistério Superior**, em 08/05/2024, às 10:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana de Souza Medeiros Batista, Professora do Magistério Superior**, em 08/05/2024, às 12:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3199546** e o código CRC **5309F9F4**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Prof. Isabela Almeida Pordeus

Pró-Reitor de Pesquisa: Profa. Fernando Marcos dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretora da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof. Cristina Gonçalves Alvim

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarciso Afonso Nunes

Subcoordenadora: Profa. Eli lola Gurgel Andrade

Colegiado Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Coordenador: Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Subcoordenadora: Profa. Jandira Maciel da Silva

AGRADECIMENTOS

A mim, pelo interesse, disposição e disciplina.

Minha família, especialmente meus amados Addy e Sarah. Não há maiores incentivadores neste mundo. Dy, meu maior fã, obrigada pelo apoio incondicional, dia após dia. Sá, seu desejo de saber a porcentagem do meu trabalho, me dava mais ânimo para concluir e entregar um número maior na semana seguinte. Mamãe, Hick, Brow e Lu; queridos, a torcida e afeto permanentes, me ajudaram a chegar ao fim da jornada. Tina, minha prima-irmã e toda sua família (Neném, Clarinha e Totonho); o abraço infinito me trouxe calma e serenidade. Bruninho, com seu “bom dia” diário e pílulas de ânimo. Tânia e Renato, Miriam, Igor, Juju e Lulu; agradeço o carinho e a torcida! Pipoca, Ravena e Ophelia; que sorte a minha, ter a presença de vocês em minha vida.

Orientadora Amanda Reinaldo, pela oportunidade, paciência e confiança. Agradeço todo conhecimento compartilhado e pelas dicas. Vamos fazer parcerias no ABC!

Querida amiga #BFF de BH (e coorientadora) Juliana. Palavras não descrevem a gratidão que sinto por você. Parceria de vida, de milhões...

Amiga Amanda Lopes por fazer minha matrícula no programa e me jogar um “balde” de confiança.

Ana Paula, pessoa incrível que levanta meu ego “até a lua”!

À toda a equipe de enfermagem que um dia iniciaram como acadêmicas e hoje são estimadas amigas.

Professora Janaína, pelo apoio e torcida.

Luzimar, por permitir e incentivar a pesquisa em nosso ambulatório.

Colegas do setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de Minas Gerais. Que time! Que honra atuar ao lado de profissionais tão incríveis.

Ao Programa de Pós-Graduação em Promoção à Saúde e Prevenção da Violência. Prof. Elza, sempre em meu coração. Eterna gratidão por ter me escolhido.

À Banca Examinadora pela disponibilidade e contribuição ao meu trabalho.

Agradecimento especial aos meus pacientes. Obrigada por tanto me ensinarem. Levantar para trabalhar é um dos meus maiores prazeres na vida.

*“A liberdade, Sancho,
é um dos mais preciosos dons que os homens receberam dos céus.
Com ela não podem igualar-se os tesouros que a terra encerra nem que o mar
cobre;
pela liberdade, assim como pela honra, se pode e deve aventurar a vida,
e pelo contrário, o cativo é o maior mal que pôde vir aos homens”.*

DOM QUIXOTE. CERVANTES, 1605≅

RESUMO

Introdução: “Violence Risk Screening-10” (V-Risk-10) é um instrumento de gestão do risco de violência (GRV) em saúde mental para pacientes com transtornos mentais graves (TMG). Tem como objetivo identificar brevemente os pacientes mais suscetíveis à agitação psicomotora e a partir desta percepção, elaborar proposta de plano de cuidado. Foi desenvolvido na Noruega e para utilizá-lo no Brasil, é necessário que seja realizada a adaptação transcultural (ATC) e a validação do instrumento. Para isto, adequa-se o conteúdo à linguagem e ao contexto do grupo social que será beneficiado, seguido de análises estatísticas que comprovem a precisão do instrumento. **Objetivo:** descrever o processo da ATC e validação do V-Risk-10 para a cultura brasileira com a elaboração final do instrumento “Rastreio do Risco de Violência-10”. **Método:** estudo de ATC composto pelas etapas de análise conceitual e semântica; avaliação por comitê de juízes e proposição final do instrumento. Para realizar o estudo de validação, é necessário avaliar a confiabilidade e precisão, utilizando a medida estatística *Kappa de Cohen*, que mensura a concordância entre dois avaliadores independentes. **Resultados:** o estudo gerou o instrumento de GRV “Rastreio do Risco de Violência-10”, versão da V-Risk-10 adaptada ao português/Brasil, para ser utilizada em pacientes com transtorno mental grave. **Conclusão:** a ferramenta adaptada apresenta conteúdo concordante ao cenário brasileiro, constituindo um apoio para a GRV em pacientes com TMG, de fácil e rápida operacionalização. A mediana geral do instrumento apresentou coeficiente Kappa 0,83, que significa elevada confiabilidade do instrumento em geral.

Descritores: Adaptação Transcultural; Validação; V-Risk-10; Português; Brasil; Gerenciamento de Risco Violência; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Violence Risk Screening-10 (V-Risk-10) is a violence risk management (VRM) tool in mental health for patients with severe mental disorders (SMD). Its aim is to briefly identify most susceptible patients to psychomotor agitation and, based on this perception, develop a proposed care plan. It was developed in Norway, and to use it in Brazil, cross-cultural adaptation (CCA) and validation of the instrument are necessary. This involves adapting the content to the language and context of the social group that will benefit, followed by statistical analyses to prove the instrument's accuracy. **Objective:** To describe the process of CCA and validation of V-Risk-10 for Brazilian culture, with the final development of "Rastreo do Risco de Violência-10" instrument. **Method:** CCA study consisting of conceptual and semantic analysis stages; evaluation by a panel of judges; and final proposition of the instrument. To conduct the validation study, it is necessary to assess reliability and accuracy using Cohen's Kappa statistical measure, which assesses agreement between two independent raters. **Results:** The study generated "Rastreo do Risco de Violência-10" instrument, a version of V-Risk-10 adapted to Portuguese/Brazilian for use in patients with severe mental disorder. **Conclusion:** The adapted tool presents content consistent with the Brazilian scenario, providing support for violence risk management in patients with SMD, with easy and quick operationalization. The overall median of the instrument showed a Kappa coefficient of 0.83, indicating high reliability of the instrument overall.

Keywords: Cross-Cultural Adaptation; Validation; V-Risk-10; Portuguese; Brazil; Risk Management; Violence; Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Fases do processo de tradução, adaptação cultural e validação	18
Quadro 1: Exemplos de variáveis semânticas	24
Quadro 2: Considerações dos juízes referentes à questão 4	26
Quadro 3: Considerações dos juízes referentes à questão 6	26
Tabela 1 (Artigo1): Comparação entre o <i>texto original</i> e a <i>redação final</i> após a ATC do inglês para o português do Brasil	27
Tabela 1 (Artigo 2): Dados Sociodemográficos dos Pacientes	38
Tabela 2: Dados clínicos dos pacientes	39
Tabela 3: Avaliação de Concordância entre Aplicadores	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC - Adaptação Transcultural

AV1 - Avaliador 1

AV2 - Avaliador 2

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

COSMIN - Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – V

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GRV – Gestão do Risco de Violência

HC-UFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SEI – Sistema Eletrônico de Informações

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Transtorno Mental

TMG – Transtorno Mental Grave

V1 – Versão 1

V2 – Versão 2

V3 – Versão 3

V4 – Versão 4

V-RISK-10 – Violence Risk Screening-10

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	16
3. HIPÓTESE	16
4. OBJETIVOS	17
4.1 Objetivo Geral	17
4.1 Objetivos Específicos	17
5. METODOLOGIA	17
6. RESULTADO E DISCUSSÃO	18
6.1 Artigo 1	19
6.2 Artigo 2	33
7. CONCLUSÃO	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
9. APÊNDICE	51
10. ANEXOS	52
10.1 Anexo 1	53
10.2 Anexo 2	54
10.3 Anexo 3	55
10.4 Anexo 4	56

1 INTRODUÇÃO

Não existe local privilegiado pela ausência de violência, estando presente intimamente na vida de todos (MORAIS, 2018). Sua presença é constatada pela mídia, em domicílios, escolas, trabalho, comunidades e demais ambientes de convívio, sendo um importante fator de morbimortalidade, prejuízo emocional e agravos sociofamiliares (MORAIS, 2018).

Mais de 1,6 milhões de pessoas morrem por ano como vítimas da violência e para além deste número, cidadãos sofrem ferimentos não fatais resultantes de ofensa interpessoal, autoagressão ou violência coletiva (WHO, 202). A violência consiste como a principal causa de morte para pessoas da faixa etária entre 15 e 44 anos, totalizando 14% em homens e 7% em mulheres (WHO, 202).

A violência é popularmente associada à agressão física, com atos delinquentes e limitados à criminalidade (BARRETTO, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS), no Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, amplia e reforça a definição, como algo inerente à condição humana, caracterizada pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BARRETTO, 2019).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) abordou este conteúdo, com a publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BARRETTO, 2019). Os eventos violentos reduzem a expectativa de vida, culminam em sequelas permanentes, incapacitantes, principalmente para a população mais jovem e demandam altos gastos públicos com cuidados em saúde, reabilitação física e psicossocial; sendo as principais causas de óbito com causas externas em jovens e adolescentes, com proporção de 7 vítimas em 10 (BARRETTO, 2019 e BRASIL, 2001). Os atos violentos influenciam negativamente não apenas a saúde mental e o interrelacionamento socioambiental, mas também na economia do país com altos custos dispensados para assistência, tratamento e reparação de danos (BARRETTO, 2019 e BRASIL, 2001).

A conexão entre doença mental e violência é um tema com raízes na antiguidade e atualmente é abordada com um certo grau de organização, embora ainda existam interpretações inadequadas (OLIVEIRA, 2020). Retrospectivamente, um aspecto importante relacionado a esse conceito foi o surgimento das classificações associadas à periculosidade, após a fundação da Associação Internacional de Direito Penal no Brasil, em 1889. Determinou-se que seriam considerados perigosos os seguintes grupos: "*reincidentes*;

alcoólatras e pessoas com deficiência de qualquer tipo; mendigos e vagabundos" (OLIVEIRA, 2020). Este trecho evidencia o preconceito e o estigma direcionados às pessoas em vulnerabilidade psicossocial e com comprometimento de saúde em geral, uma vez que eram percebidas como "anomalias" de comportamento que supostamente estavam correlacionadas a um aumento no risco de violência, denominado "grau de perigo" (OLIVEIRA, 2020).

Fatores biológicos, psicossociais e ambientais são determinantes para um comportamento violento (CORRIGAN, 2005). Embora a maior parte dos pacientes diagnosticados com transtorno mental grave (TMG) não se envolvam em situações de violência, revisões sistemáticas de meta-análises apontam um perfil prevalente de comportamento com risco potencial, que deve ser considerado de maneira ampla para planejamento prévio de condutas para este público atendido: sexo masculino, jovens, uso de substâncias, história prévia de violência, transtorno de personalidade ou quadros psicóticos desestabilizados (CORRIGAN, 2005; KÖS, 2024). Estes pacientes representam aproximadamente 17% das pessoas com TMG que se envolveram em pelo menos um episódio de violência (CORRIGAN, 2005; KÖS, 2024).

O risco para a escalada do comportamento hostil aumenta em ambientes de internação psiquiátrica e atendimento ambulatorial devido às restrições de ambiente/circulação, assistência direta permanente, abordagens invasivas, administração de medicação, grande tempo de internação/espera pelo atendimento e dificuldade de escuta das demandas (KÖS, 2024; OSE, 2024).

Profissionais de saúde estão potencialmente em risco de vivenciarem violência no local de trabalho (KÖS, 2024). Estima-se que 8 – 38% dos funcionários (principalmente profissionais do sexo feminino) já sofreram algum tipo de agressão durante sua carreira (KÖS, 2024). São geralmente manifestações de agressão verbal, seguidas de episódios de agressões físicas. Estudos de diferentes países incluem casos de importunação sexual, violência psicológica e *bullying* (MONTEIRO, 2020). A idade do trabalhador, experiência e habilidades para gerenciar situações de conflito, influenciam diretamente a um desfecho negativo ou sucesso no manejo devido habilidades de diálogo e percepções antecipadas, possibilitando uma atuação antes do fato ocorrer (MONTEIRO, 2020, KONTTILA, 2018)

É necessário pontuar que as instituições psiquiátricas têm o lastimável histórico baseado em *violência institucional* (CARDOSO, 2020). No passado, o confinamento, os métodos disciplinares coercitivos, o uso excessivo de medicação e outras violações de direitos humanos eram utilizadas para manter a "obediência" de forma arbitrária (CARDOSO, 2020). No Brasil, a violência em Hospitais Psiquiátricos e Judiciários eram práticas rotineiras e dentre

elas, há descrição de agressão, estupro, trabalho escravo, maus-tratos, tortura e mortes não esclarecidas. Essas práticas só foram denunciadas a partir da segunda metade da década de 1970 no processo de 'abertura democrática' (CARDOSO, 2020; MATTHEW 2018). Movimentos sociais foram organizados em direção a um cuidado focado nos direitos humanos com práticas profissionais respeitadas, destinadas a prevenir as ações impetuosas, com alternativas de manejo comportamental e previsão de riscos (CARDOSO, 2020; MATTHEW 2018). A Reforma Psiquiátrica representa um conjunto abrangente de ações políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas destinadas a remodelar tanto as estruturas institucionais quanto o conhecimento médico-psiquiátrico (CARDOSO, 2020; MATTHEW 2018). Seu escopo vai além do âmbito assistencial, com o propósito central de fomentar o surgimento de novas formas de interação social e dismantelar as concepções associadas à loucura, como periculosidade, erro e desvio (CARDOSO, 2020).

Os novos serviços de atenção em saúde mental surgiram então como um dos principais componentes assistenciais deste novo paradigma de desospitalização, para garantir a manutenção e integração dos pacientes na comunidade (CARDOSO, 2020). Mesmo em situações de tratamento de emergência, a ênfase é sempre na reintegração do paciente à sociedade, exceto em casos excepcionais que exijam internação hospitalar comprovada (CARDOSO, 2020). No entanto, os serviços nem sempre estão preparados para oferecer a assistência psicossocial, o que resulta em uma prestação de cuidados não tão eficaz, com inúmeras recidivas tanto dos episódios de desestabilização, quanto de situações de violência vivenciados pelos pacientes com TMG, pois o fator causal, pode não está sendo atingido (CARDOSO, 2020).

É importante que os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), realizem a gestão da violência e agitação psicomotora, avaliando especificamente quais pacientes estão em maior risco para uma escalada de comportamento agressivo e desenvolvam intervenções para a proteção do paciente e demais pessoas no local, com abordagem distinta e antecipada, evitando a negligência de ações, contribuindo para a manutenção do ambiente terapêutico, redução do estigma e preservação da integridade coletiva (CORRIGAN, 2005). O conflito é bem gerenciado quando o profissional apresenta boa articulação e diálogo, propondo interações que promovam a confiança e segurança do paciente pela equipe (CORRIGAN, 2005). Ter uma postura empática reconhecendo as necessidades do paciente, trabalhar para minimizar as angústias, demonstrar interesse e realizar combinados, são algumas ações que podem reduzir as chances de um comportamento agressivo (CORRIGAN, 2005).

Entre outras medidas de prevenção de agravos pode-se citar: melhoria das condições de segurança da estrutura física do local, equipe multiprofissional presente durante todo o tempo de permanência dos pacientes, abordagem em conjunto ao paciente com agitação psicomotora, criação de protocolos de abordagem e manejo, redução do tempo ocioso do paciente, melhor qualificação profissional para compreensão do quadro clínico de manejo em situações de crise, grupo de escuta para o trabalhador e/ou espaço de troca de experiências (MONTEIRO, 2020).

A gestão do risco de violência (GRV) identifica e previne potenciais eventos prejudiciais, como suicídio ou auto/heteroagressão (KÖS, 2024). As estratégias de avaliação de risco podem ser divididas em *juízo profissional não estruturado* (prática baseada em experiências) e *métodos estruturados* como instrumentos atuariais de avaliação de risco ou julgamentos profissionais estruturados (instrumentos e escalas) (KÖS, 2024).

A utilização de instrumentos de rastreio para a avaliação do risco é uma ação precedente para preparação da equipe e do ambiente, na tentativa de evitar o desencadeamento do conflito (PAIVA, 2022). No entanto, há uma carência de ferramentas padronizadas e adequadas para uso em saúde mental. Diversos instrumentos que já foram criados, requerem profissionais específicos, treinados, são longos e trabalhosos; não sendo práticos para a rotina dinâmica dos serviços (PAIVA, 2022). As escalas multidimensionais que abordam situações de violência e pacientes com transtorno mental, encontram-se indisponíveis em versão de língua portuguesa (PAIVA, 2022).

O instrumento “Violence Risk Screening-10” (V-RISK-10) é uma breve lista de verificação de triagem com dez itens que abrangem variáveis históricas, clínicas e de gerenciamento de riscos (KÖS, 2024). Auxilia a reconhecer pacientes com eventual perigo, incluindo uma previsão de “dias a um ano”, com base em análise de elementos de risco imutáveis e variáveis (KÖS, 2024; ROALDSET, 2010). Foi elaborado na Noruega em 2005 e validada para a equipe multiprofissional utilizar com pacientes em cuidados intensivos e ambulatoriais de saúde mental (BJØRKLY, 2011)

O V-RISK-10 é também utilizado na Suécia, Finlândia, Reino Unido, EUA, Rússia, China e Ucrânia. Foi traduzido para o inglês, sueco, russo, chinês, alemão e persa, com disponibilidade sem custos para cópia e uso. É uma ferramenta fácil e rápida para triagem e previsão de risco de violência em pacientes com TMG, não sendo necessário treinamento específico e pode ser utilizado para aplicação durante o acolhimento, permanência no setor ou na liberação do paciente para o domicílio (ROALDSET, 2010).

O V-RISK-10 foi elaborado para ambientes hospitalares e ambulatoriais, resultando em índices de “*área sob a curva*” (previsão) variando de 0,68 a 0,80 em relação à incidência de comportamentos violentos (KÖS, 2024). Estudos recentes apontam uma boa validade preditiva do instrumento tanto para o momento da permanência do paciente no setor, quanto pós-alta (KÖS, 2024).

De acordo com o resultado obtido, a equipe poderá tomar uma decisão embasada sobre como realizar a manutenção de cuidados deste paciente, como por exemplo, a necessidade de ampliação da permanência dia; contato com familiares ou responsáveis; retirada de estressores ou objetos de risco para si ou terceiros; realização de acordos/combinados; alteração medicamentosa e apoio psicossocial (BJØRKLY, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

O emprego de ferramentas de detecção para a avaliação de potenciais perigos constitui uma medida preliminar que visa à capacitação da equipe, com o propósito de prevenir o surgimento de confrontos. A criação de um instrumento de rastreio, avaliação ou investigação de caráter epidemiológico e clínico, é um processo complexo que demanda investimentos, mobilizações, competências e conhecimentos múltiplos. (JUNIOR, 2016).

Quando já existe um instrumento relevante e validado, é dispensável criar um novo com as mesmas abordagens e objetivos. A tradução e adaptação transcultural é um processo qualitativo que pretende garantir a equivalência idiomática, semântica, conceitual e cultural em um novo idioma que o originário, ampliando o uso do questionário em populações diversas (JUNIOR, 2016).

Portanto, a ATC emprega os mesmos atributos psicométricos já validados previamente, adequando a linguagem para garantir a compreensão com a manutenção do significado e preservação dos índices (JUNIOR, 2016; CARDOSO, 2020).

3 HIPÓTESE

A aplicação do instrumento “Violence Risk Screening - 10” (V-RISK-10) em pacientes com TMG, contribui para a identificação breve de pessoas com maior risco de evoluir para comportamento agressivo, permitindo a elaboração de intervenções para a proteção do paciente e demais pessoas envolvidas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

O estudo tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e a validação do instrumento de gestão de risco de violência em saúde mental V-Risk-10, permitindo a ampla utilização no Brasil, em qualquer serviço que atenda pacientes com transtorno mental. A ferramenta adaptada terá acesso gratuito disponível para *download*.

4.2 Objetivos Específicos

Realizar a tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução e revisão por um comitê de especialistas, seguida da análise de consistência interna para integrar a etapa da adaptação transcultural.

Realizar a validação, análise de confiabilidade e de conteúdo do instrumento.

Descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas da amostra.

5 METODOLOGIA

A universalidade dos vocábulos não presume que os construtos sejam idênticos em diferentes culturas (JUNIOR, 2016). Dessa forma, é essencial primeiro investigar se um conceito de fato existe ou se é interpretado de maneira semelhante na nova cultura, antes de estabelecer sua equivalência apenas por uma tradução direta entre idiomas. Para isso, utilizamos a metodologia da adaptação transcultural (JUNIOR, 2016).

O processo de adaptação transcultural e validação do instrumento VIOLENCE RISK SCREENING – 10 (V-RIK-10) foi realizado no período de janeiro de 2022 a dezembro de 2023.

Para a ATC, foram utilizadas as diretrizes metodológicas conforme a **Figura 1**:

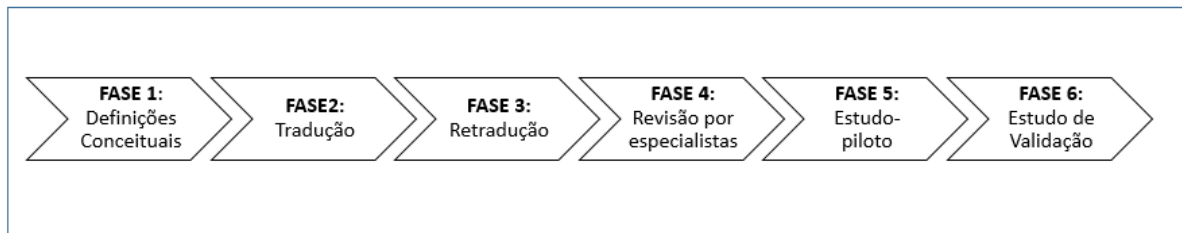


Figura 1: Fases do processo de tradução, adaptação cultural e validação – adaptado de Gorenstein, 2016.

A *definição conceitual* é a etapa inicial, em que é verificada a relação e relevância entre o estudo e o instrumento (BEATON, 2000). Produzir duas versões da *tradução*, é aconselhado para facilitar a comparação e detecção de eventuais disparidades durante o processo de tradução, as quais podem resultar, às vezes, de ambiguidades presentes no idioma do instrumento original ou da abordagem de tradução escolhida por cada tradutor (BEATON, 2000).

Neste caso, as duas versões traduzidas por cada tradutor independente, foi unificada pelos pesquisadores deste estudo, com a origem da terceira versão (BEATON, 2000). Esta passou pela *retradução* por um terceiro tradutor para verificar se esta nova versão em inglês, de fato se assemelha à original ou se apresenta importantes disparidades (BEATON, 2000). A terceira versão passou pelo processo de *revisão por especialistas/avaliação dos juizes*, sendo avaliada por um grupo de treze profissionais com expertise na área, os quais realizaram sugestões de redação, baseadas na cultura brasileira (BEATON, 2000).

O *estudo piloto* foi realizado com n=103 pacientes com TMG no Ambulatório de Saúde Mental Borges da Costa, do Hospital das Clínicas de Minas Gerais (HC-UFMG). Nesta etapa, dois profissionais realizaram a aplicação do instrumento, com o objetivo de verificar a compreensão semântica particular, avaliando se foram geradas respostas idênticas ou similares. Ao final da aplicação, os dados foram avaliados em programa estatístico para análise de confiabilidade, finalizando o *estudo de validação* do instrumento adaptado (BEATON, 2000).

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

O estudo gerou como resultado a produção de dois artigos, expostos em sequência, os quais abordam e discutem o tema em questão. O artigo *Adaptação Transcultural do Instrumento Violence Risk Screening - 10 (V-Risk - 10) para o Português/Brasil: “Rastreamento do Risco de Violência - 10”*, apresenta ênfase no processo de adaptação transcultural, enquanto o artigo *Validação do Instrumento Violence Risk Screening - 10 (V-Risk - 10) para o*

Português/Brasil: “Rastreamento do Risco de Violência - 10”, tem foco no estudo de validação do instrumento.

6.1 ARTIGO 1:

Adaptação Transcultural do Instrumento Violence Risk Screening - 10 (V-Risk - 10) para o Português/Brasil: “Rastreamento do Risco de Violência - 10”

Anna Patrícia dos Santos Cunha¹
Juliana Lemos Rabelo²
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo³

¹ Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG. Especialista em Enfermagem Forense e Saúde Mental Enfermeira de Saúde Mental do HC-UFMG

² Doutora em Neurociências - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Enfermeira Saúde Mental do HC-UFMG

³ Prof. Dra. Titular Escola de Enfermagem UFMG, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Faculdade de Medicina UFMG

RESUMO

Introdução: “Violence Risk Screening-10” (V-RISK-10) é um instrumento de gestão do risco de violência (GRV) em saúde mental elaborado para identificar brevemente os pacientes mais suscetíveis à agitação psicomotora. Originado da Noruega e para utilizá-lo no Brasil, é primeiramente necessário que seja realizada a adaptação transcultural (ATC) do instrumento, ajustando o conteúdo ao contexto do grupo social que será beneficiado pelo instrumento. **Objetivo:** descrever o processo da ATC do V-Risk-10 para a cultura brasileira. **Método:** estudo metodológico de ATC com análise conceitual, análise semântica, avaliação por comitê de juízes e proposição final do instrumento. **Resultados:** as etapas da realização do estudo e avaliação sobre a temática geraram o instrumento de GRV “Rastreamento do Risco de Violência-10”, adaptado ao português/Brasil, para ser aplicado em pacientes com transtorno mental grave (TMG). **Conclusão:** a ferramenta adaptada apresenta conteúdo concordante ao cenário brasileiro, constituindo um apoio para a GRV em pacientes com TMG, de fácil e rápida operacionalização. **Descritores:** Reprodutibilidade do Resultado; Adaptação Transcultural; Gerenciamento de Risco; Violência; Saúde Mental

ABSTRACT

Introduction: “Violence Risk Screening-10” (V-RISK-10) is a risk management instrument for violence (VRM) in mental health, designed to briefly identify most susceptible patients to initiate psychomotor agitation. Originating from Norway, to be applied in Brazil, it is first necessary to conduct cross-cultural adaptation (CCA) of the instrument, adjusting the content to the social context of the group that will benefit from the tool. **Objective:** Describe the process of CCA of V-Risk-10 for Brazilian culture. **Method:** A methodological study of CCA with conceptual

analysis, semantic analysis, evaluation by a panel of experts and the final instrument proposition. **Results:** The study stages and evaluation, resulted in the violence risk management (VRM) instrument: “Rastreo do Risco de Violência–10” adapted to Portuguese/Brazil for use in patients with severe mental disorders (SMD). **Conclusion:** The adapted tool presents content consistent with Brazilian scenario, serving as support for VRM in patients with SMD, with easy and quick operability. **Keywords:** Reproducibility of Results; Cross-Cultural Adaptation; Risk Management; Violence; Mental Health.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o ato violento como inerente à condição humana, caracterizada pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo; que resulte ou tenha grande possibilidade de ocasionar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”⁽¹⁾ Os transtornos mentais graves (TMG) reduzem a expectativa de vida média de 10 a 20 anos em relação à da população em geral, em grande parte devido a enfermidades que poderiam ser prevenidas e demais situações biopsicossociais relacionadas.⁽²⁾ A OMS estimou que em 2019 13% (970 milhões de pessoas), são acometidas com transtornos mentais (TM) no mundo, incluindo casos leves, moderados e graves.⁽²⁾ Embora uma pequena parcela (5%) dos pacientes diagnosticados com TMG se envolva em situações de violência quando comparados com a população em geral, a literatura aponta um aumento progressivo da incidência, associada ao abuso de substâncias (usuários de substâncias apresentam risco de 12 a 16 vezes maior de cometerem atos violentos) e às crescentes situações de vulnerabilidade psicossocial.^(2,3,4)

A gestão do risco de violência (GRV) em saúde mental, visa garantir a segurança do paciente e das pessoas a ele envolvidas, como familiares, profissionais de saúde, demais pacientes e a comunidade em geral.⁽⁵⁾ As ações de proteção são configuradas por planos realizados antecipadamente pela equipe, embasadas no histórico, sinais e sintomas apresentados durante a avaliação; promovendo amparo, preservação e segurança ao paciente.⁽⁵⁾

No passado, práticas ultrajantes como reclusão, contenção, assédios, violências físicas, morais, psicológicas e sexuais eram reiteradamente praticadas à pessoas com TMG em instituições asilares.⁽⁶⁾ A partir da década de 70, movimentos sociais articulados por trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, se posicionaram contra as medidas degradantes cometidas pelos manicômios.⁽⁶⁾ Assim, iniciam-se os debates e propostas de intervenções biopsicossociais que proporcionassem um cuidado ampliado e respeitoso, executado no território de circulação do paciente, com vistas à construção de um projeto

terapêutico singular (PTS) previamente elaborado e ajustado às suas necessidades particulares.⁽⁶⁾

No PTS, avaliam-se as vulnerabilidades de cada usuário, incluindo os episódios de violência causados ou sofridos pelos pacientes com TMG.⁽⁷⁾ A violência pode ser evitável quando oportunamente os profissionais de saúde identificam os primeiros sinais da agitação psicomotora manejando as demandas e possíveis conflitos do usuário; assim como articulam medidas para proteção individual no âmbito da saúde ou em conjunto com serviços da rede de assistência.⁽⁷⁾ Abordagens como a psicoeducação, intervenções sociofamiliares, formação de vínculo, postura empática, suporte emocional com a escuta ativa, amparo às necessidades, desescalamento verbal da agressividade, organização do ambiente, acionamento da rede de proteção da assistência social e a utilização de instrumentos de rastreio para a avaliação de risco, são exemplos de ações de GRV ao paciente com TMG.^(5,7,8)

As ferramentas de GRV com foco em saúde mental, direcionam o planejamento de cuidados, porém há carência de instrumentos disponíveis para uso no Brasil.⁽⁸⁾ A literatura enumera a existência de instrumentos de GRV ao redor do mundo, porém ainda indisponíveis ao português para uso no Brasil. Alguns instrumentos requerem profissionais treinados, são longos, trabalhosos e complexos para uso na rotina dinâmica dos serviços de atenção à saúde mental.⁽⁹⁾ Bjørkly et al. desenvolveram o instrumento “Violence Risk Screening-10” (V-RISK-10), na Noruega em 2005, validado para a equipe multiprofissional aplicar a pacientes em cuidados intensivos ou ambulatoriais.⁽¹⁰⁾ É atualmente utilizado na Suécia, Finlândia, Reino Unido, EUA, Rússia, Ucrânia, China e Irã, já adaptado para o sueco, alemão, inglês, russo, chinês e persa.⁽¹⁰⁾ Não é necessário treinamento específico para a aplicação e pode ser utilizada no acolhimento, durante a permanência no setor ou na liberação do paciente ao domicílio.⁽¹⁰⁾

Quando dispomos de uma ferramenta compatível já validada, é dispensável realizar novo processo de pesquisa para a confecção de um documento inédito, que abordaria as mesmas questões. Para poupar tempo e recursos, é viável a adaptação transcultural (ATC) do instrumento.⁽¹⁵⁾

O V-Risk-10 consiste em uma breve lista de verificação com dez itens: 1. Violência prévia ou atual, 2. Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas), 3. Abuso de substâncias prévio ou atual, 4. Transtorno mental grave prévio ou atual, 5. Transtornos de personalidade, 6. Demonstra falta de entendimento sobre o transtorno e/ou comportamento, 7. Expressa desconfiança, 8. Demonstra falta de empatia, 9. Pensamentos delirantes, e por fim, 10.

Situações causadoras de estresse. Para o registro das respostas, há opções: “Não”; “Não Sei”, “Talvez/Moderado” e “Sim”.⁽¹¹⁾ As categorias de risco foram delimitadas em: “*Elevado*”, para risco de violência grave e iminente; “*Moderado*”, para risco de violência com menores repercussões em médio prazo; e “*Baixo*”, para situações que apenas demandam monitoramento.⁽¹²⁾

O *risco elevado* para comportamento violento é caracterizado pela possibilidade de haver auto/heteroagressão que resultem em danos físicos, sexuais e psicológicos; envolvendo a força física ou armas, somado ao próprio episódio traumático.^(12,13) O histórico de agressão, posse de objetos potencialmente perigosos, comportamentos ameaçadores; sinais de impulsividade extrema, instabilidade emocional, uso de substâncias com alteração comportamental; corroboram o risco elevado de violência.⁽¹³⁾ O *risco moderado* é definido como chutes, golpes, tapas, pancadas, urros, lançamento de objetos e empurrões que não resultaram em agravos físicos permanentes.⁽¹³⁾ Para este grupo, incluem-se ameaças de violência com a comunicação verbal e não-verbal que transmitem de maneira clara a *intenção* de causar injúrias à outra pessoa ou a si, presente em pacientes que apresentam demonstração de raiva ou frustração, mas com certa capacidade de controlar/conter o ato extremo.⁽¹³⁾ O *baixo risco* contempla os episódios de discussões, irritabilidade, manifestação de insatisfação, frustração, choro intenso, olhares de desaprovação, tom de voz ele e hostilidade, sem a passagem ao ato.⁽¹³⁾

Com base em ensaios realizados, preconiza-se a realização de uma avaliação do risco de violência para todos os pacientes durante o acolhimento.⁽¹⁴⁾ Ao longo da permanência do paciente, é elementar que se registrem quaisquer episódios de agitação psicomotora e novas informações pertinentes a situações prévias relacionadas à agressão e violência. Na alta, uma avaliação atualizada deve ser conduzida, documentando os resultados em sumário de alta ou prontuário, visando transmitir às equipes subsequentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) as deliberações relativas à proteção e segurança do paciente.^(8,13,14)

É fundamental que medidas para lidar com a situação de risco sejam incluídas, abarcando orientações claras para outras instituições de apoio psicossocial ou no ambiente domiciliar.⁽¹⁴⁾ Após a avaliação e elaboração do PTS pelo técnico de referência, ele pode por exemplo apontar a necessidade de ampliação da permanência dia (PD) ou hospitalidade noturna (HN) no serviço de saúde; monitoramento frequente pela RAPS e acionamento da rede assistencial ampla do território, assim como aos familiares/responsáveis pelo cuidado.⁽¹⁴⁾

De maneira prática, a equipe também pode realizar o afastamento de estressores, “gatilhos”, objetos de risco; adequação ambiental; elaboração do “plano de segurança”

relacionado ao autoextermínio; pactuação de acordos e combinados possíveis com o paciente; alteração medicamentosa seguida de estratégias de apoio para a aquisição e adesão; estimulação/inclusão psicossocial; manejo comportamental; apoio multiprofissional; e abordagem direta nos aspectos que perduram as vulnerabilidades.^(12,13)

Estudos demonstraram que em certos casos, somente o julgamento clínico, não se mostrou suficiente para uma avaliação precisa do risco de violência.⁽¹²⁾ Para auxiliar o processo, é possível levantar os principais fatores a serem considerados na avaliação do paciente, evitando que os profissionais deixem de considerar aspectos importantes do seu quadro com o auxílio de *um instrumento*.⁽¹⁵⁾

Nesse contexto, o trabalho visa apresentar as etapas da ATC do instrumento de GRV em saúde mental “Violence Risk Screening-10” para a versão em português (Brasil): “*Rastreamento do Risco de Violência - 10*”, com acesso para *download* gratuito, possibilitando ampla utilização em serviços de saúde que atendam pacientes com TMG.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de adaptação transcultural (ATC) da escala “Violence Risk Screening-10” (V-Risk-10) para a língua portuguesa (Brasil), que contemplou as etapas:⁽¹⁵⁾

1. **Análise conceitual:** os pesquisadores avaliaram previamente se os “temas”, “significados” e “conceitos” são semelhantes em ambas as culturas, para ponderar a *pertinência* do trabalho.
2. **Acionamento dos autores:** contatado um dos autores do instrumento original via e-mail, com a solicitação da autorização para o início do estudo. As propostas para a realização da ATC foram descritas e acordadas.
3. **Análise semântica:** compreende a tarefa da *tradução*, com foco em adequação do vocabulário e gramática:
 - a. Tradução do instrumento em inglês para a língua portuguesa (Brasil) realizada por dois tradutores independentes, com licenciatura em letras/inglês. Um deles, necessita ser nativo de país de língua inglesa, e com formação em ciências da saúde;
 - b. Condensação das versões traduzidas, mediante consenso, pelos pesquisadores responsáveis;
 - c. Retradução para o inglês do instrumento condensado em português, por um terceiro tradutor, verificando a manutenção da compatibilidade semântica com o instrumento original.
4. **Avaliação dos juízes:** 20 profissionais com conhecimentos em GRV e em saúde mental foram convidados para a avaliação da ferramenta, e destes, 13 concordaram realizar

a análise do instrumento, avaliando sua composição em relação à equivalência semântica, idiomática, de experiência e conceitual.

5. **Proposição final do instrumento:** junção de todas as recomendações dos juízes referentes às equivalências, com a síntese do documento final.⁽¹⁵⁾

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 58327822.6.0000.5149), assim como autorizado pelo Hospital das Clínicas de Minas Gerais, em Carta de Anuência: SEI nº 94/2022/SGPITS/GEP/HC-UFGM-EBSERH.

RESULTADOS

A análise conceitual envolveu a avaliação da redação presente no questionário em relação aos conceitos gerais em saúde mental e de como eles são compreendidos na literatura científica. A análise contemplou a identificação de componentes-chave, exploração de dimensões, análise de tendências e comparação de conceitos relacionados, para constatar se os elementos do instrumento original correspondiam aos termos no Brasil. Deste modo, a correspondência semântica se revelou adequada, sugerindo que o instrumento estaria em conformidade, para ser empregado no contexto brasileiro.

Verificando a pertinência da ATC do instrumento, foi realizada a busca do site oficial dos pesquisadores responsáveis (<https://sifer.no/verktoy/v-risk-10/>), onde foi localizado o e-mail do coautor responsável pelas interações ao público em geral. Foi enviada uma correspondência eletrônica pontuando o interesse em realizar a ATC, com as propostas metodológicas descritas. O trabalho foi iniciado somente após a autorização expressa pelo coautor.

Para a análise semântica, foram contratados dois profissionais com formação superior em língua inglesa, sendo um brasileiro, sem conhecimentos específicos em saúde (V¹) e o segundo, nativo com formação em saúde, além de ser tradutor juramentado / *Tradutor Público e Intérprete Comercial Idioma Inglês - Brazilian Portuguese Sworn Translator* (V²). Dessa forma, foram elaboradas duas traduções com pequenas diferenças em relação aos termos técnicos, com exemplo descrito no quadro 1.

Ao receber as traduções finalizadas, os pesquisadores se reuniram e condensaram as escalas em um único documento, mantendo os vocábulos que eram equivalentes em ambas e optando pelas expressões que se aproximaram dos termos técnicos em saúde mental, sendo obtida a primeira versão condensada - V³.

Quadro 1: Exemplos de variáveis semânticas

Original: “(...) Whether the patient has or has had a psychotic disorder (e.g. schizophrenia, delusional disorder, psychotic affective disorder). (...)”

V¹: “(...) Se o paciente tem ou já teve um distúrbio psicótico (por exemplo esquizofrenia, transtorno ilusório, transtorno psicótico afetivo) (...)”

V²: “(...) Independentemente se o paciente apresentar ou ter apresentado transtornos psicóticos (por exemplo, esquizofrenia, sintomas delirantes em geral, transtorno afetivo bipolar) (...)”

V³: “(...) Caso a pessoa manifeste atualmente ou já tenha apresentado quadro com sintomas psicóticos (por exemplo esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar) (...)”

Fonte: Elaborado pelos autores

A retradução foi realizada ao enviar a V³ (condensada em português) para um terceiro tradutor que converteu o português brasileiro ao inglês, sendo possível verificar se a nova versão (V⁴) se assemelhava ao texto do documento original. Os instrumentos (original e versões) foram criteriosamente avaliados por um comitê de juízes que realizaram as considerações de equivalências: semântica, idiomática, de experiência e conceitual.

Aos juízes, foi enviada uma “carta convite” com a descrição do estudo e orientações acerca das contribuições necessárias. O grupo de juízes foi composto por três docentes do ensino superior, três enfermeiros, dois médicos psiquiatras, um médico generalista, dois psicólogos, um educador físico e um arquiteto de dados. Todos com conhecimento e/ou atuação em saúde mental. A formação dos participantes do estudo foi composta por um pós-doutor, dois doutores, um mestre, cinco especialistas/residentes e quatro profissionais graduados. As áreas de formação abrangem 84,6% ciências da saúde e 15,4% em ciências humanas.

Para simplificar as avaliações, a escala foi dividida em: cabeçalho, orientações de aplicação do instrumento, as dez questões do impresso e os direcionamentos finais. Em cada tópico, o juiz deveria avaliar e pontuar “1 (*ruim*)” quando houvesse necessidade de retradução completa do trecho; “2 (*regular*)” ao apresentar necessidade de retradução parcial com muitas alterações; “3 (*boa*)” ao apresentar necessidade de retradução parcial com alterações opcionais para aprimorar o texto e “4 (*muito boa*)” sem necessidade de retradução do trecho.

Caso o juiz não pontuasse a melhor nota, deveria escrever a sugestão da nova redação, considerando todos os aspectos teóricos e semânticos. A maioria dos itens recebeu concordância maior que 80,0% entre os especialistas. A literatura orienta que apenas se a porcentagem foi inferior à 75% de concordância, será necessário refazer o processo semântico inicial.⁽¹⁵⁾ Para exemplificar este processo, foram sugeridas melhorias para os itens que não

alcançaram um desempenho satisfatório (aceitação total menor que 75%), nas questões 04 e 06, como descrito no quadro 2 e 3:

4. Previous and/or current major mental illness

NB: *Whether the patient has or has had a psychotic disorder (e.g. schizophrenia, delusional disorder, psychotic affective disorder). See item 5 to rate personality disorders.*

4. Doença mental importante anterior e/ou atual:

Obs: Independente se o paciente tem ou teve quadro com sintomas psicóticos (por exemplo esquizofrenia, delírios e transtorno afetivo bipolar). Confira o item 5 para classificar os transtornos de personalidade

Quadro 2: Considerações dos juízes referente à **questão 4**

J1: Sugiro modificar o termo “doença mental importante”, para Transtorno mental grave ou doença mental grave

J7: Eu substituiria o adjetivo paciente pelo substantivo pessoa

J11: A frase contempla episódios ou os transtornos psicóticos? Pois assim sendo, o fato de ter um episódio, pode ocorrer em depressão com sintomas psicóticos, após o uso de substâncias, sem necessariamente ter um TMG...

J5: Não concordo em separar o delírio pois é um sintoma que pode estar instaurado nos TMG

Após considerações:

4. Transtorno mental grave prévio ou atual

Caso a pessoa manifeste atualmente ou já tenha apresentado quadro com sintomas psicóticos (por exemplo, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar). Confira o item 5 para classificar os transtornos de personalidade.

Fonte: Elaborado pelos autores

6. Shows lack of insight into illness and/or behaviour *This refers to the degree to which the patient lacks insight in his/her mental illness, with regard to for instance need of medication, social consequences or behaviour related to illness or personality disorder.*

6. Demonstra ausência de noção acerca da doença. e/ou comportamento: Se refere ao grau da ausência de discernimento que o paciente possui sobre seu transtorno mental, relacionado à necessidade do uso de medicamentos e consequências sociais ou comportamentais relacionadas ao transtorno ou condutas.

Quadro 3: Considerações dos juízes referente à **questão 6:**

J1: Aqui eu só ressaltaria a tradução para transtorno de personalidade conforme consta no texto em Inglês (já no final)
 J10: Insight - entendimento
 J7: Eu substituiria o adjetivo paciente pelo substantivo pessoa
 J3: No título, a palavra “noção” pode ser substituída por entendimento. Acredito ser mais clara a compreensão de mais tipos de leitores.
 J9: Deve ser retirado o “ponto” após a palavra doença. Acredito que foi um erro de digitação
 J12: Não precisa mudar a tradução, apenas retirar o ponto "." após a palavra doença.

Após considerações:

6. Demonstra falta de entendimento sobre a doença e/ou comportamento

Se refere ao grau de compreensão que a pessoa possui sobre sua saúde mental, com relação à necessidade do uso de medicamentos, consequências sociais ou comportamentais relacionadas ao quadro atual.

Fonte: Elaborado pelos autores

Os juízes também recomendaram alteração na visualização (layout) do instrumento para que a apresentação se tornasse mais organizada. O instrumento original não é disposto em tabela, mas em questões consecutivas de visualização aberta. Sugeriram também a adequação do documento para uma única lauda, como descrito na Tabela 1. Para registro das respostas, foi alterada a ordem das opções de marcações para que tivesse maior coerência em relação à intensidade, mantendo a ordem: NÃO – NÃO SEI – TALVEZ/MODERADO – SIM.

Tabela 1: comparação entre o *texto original* e a *redação final* após a ATC do inglês para o português do Brasil:

Texto Original	Redação final
<p>1. Previous and/or current violence Severe violence refers to physical attack (including with various weapons) towards another individual with intent to inflict severe physical harm. Yes: The individual in question must have committed at least 3 moderately violent aggressive acts or 1 severe violent act. Moderate or less severe aggressive acts such as kicks, blows and shoving that does not cause severe harm to the victim is rated Maybe/moderate.</p>	<p>1. Violência prévia ou atual A violência severa refere-se a agressões físicas (incluindo diversos tipos de armas) direcionadas a outras pessoas, com a intenção de causar danos. “Sim”: Histórico de pelo menos 3 atos agressivos moderadamente violentos ou 1 ato violento grave. Atos agressivos menos severos, tais como chutes, golpes e empurrões que não causem danos graves à vítima são classificados como “Talvez/moderado”.</p>
<p>2. Previous and /or current threats (verbal /physical) Verbal: Statements, yelling and the like, that involve threat of inflicting other individuals</p>	<p>2. Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas) Verbais: Declarações, gritos e afins, que envolvam ameaças. Físicas: Movimentos e</p>

physical harm. Physical: Movements and gestures that warn physical attack.	gestos que alertam acerca de possíveis agressões físicas.
3. Previous and/or current substance abuse The patient has a history of abusing alcohol, medication and/or other substances (e.g. amphetamine, heroin, cannabis). Abuse of solvents or glue should be included. To rate Yes , the patient must have and/or have had extensive abuse/dependence, with reduced occupational or educational functioning, reduced health and/or reduced participation in leisure activities.	3. Abuso de substâncias prévio ou atual Histórico de abuso de álcool, medicamentos ou outras substâncias (por exemplo, estimulantes, injetáveis, maconha). Uso de solventes ou “cola” devem ser considerados. Para avaliar “ Sim ”, a pessoa deve ter/teve abuso/dependência prolongada, associada à redução da funcionalidade para executar tarefas de trabalho ou estudo, cuidado com a saúde ou apresentar participação reduzida em atividades sociais.
4. Previous and/or current major mental illness NB: Whether the patient has or has had a psychotic disorder (e.g. schizophrenia, delusional disorder, psychotic affective disorder). <u>See item 5</u> to rate personality disorders.	4. Transtorno mental grave prévio ou atual Caso a pessoa manifeste atualmente ou já tenha apresentado quadro com sintomas psicóticos (por exemplo esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar). Confira o item 5 para classificar os transtornos de personalidade.
5. Personality disorder Of interest here are eccentric (schizoid, paranoid) and impulsive, uninhibited (emotionally unstable, antisocial) types	5. Transtornos de personalidade Considere para este tópico, os transtornos de personalidade excêntricos (cluster A: esquizoide e paranoide) e impulsivos/desinibidos (cluster B: borderline e antissocial)
6. Shows lack of insight into illness and/or behavior This refers to the degree to which the patient lacks insight in his/her mental illness, with regard to for instance need of medication, social consequences or behavior related to illness or personality disorder.	6. Demonstra falta de entendimento sobre a doença e/ou comportamento Se refere ao grau de compreensão que a pessoa possui sobre sua saúde mental, com relação à necessidade do uso de medicamentos, consequências sociais ou comportamentais relacionadas ao quadro atual.
7. Expresses suspicion The patient expresses suspicion towards other individuals either verbally or nonverbally. The person in question appears to be “on guard” towards the environment.	7. Expressa desconfiança: A pessoa expressa desconfiança em relação a outros indivíduos, de forma verbal ou não-verbal. Aparenta estar sempre “em alerta”, no ambiente.
8. Shows lack of empathy The patient appears emotionally cold and without sensitivity towards others’ thoughts or emotional situation.	8. Demonstra falta de empatia: A pessoa aparenta-se alheia e com pouca sensibilidade para o estado emocional de terceiros.
9. Unrealistic planning This assesses to which degree the patient him/herself has unrealistic plans for the future (inside or outside the inpatient unit). Is for instance the patient him/ herself realistic with regard to what he/she can expect of support from family and of professional and social	9. Pensamentos delirantes: Este item avalia o grau de planos fantasiosos para o futuro (dentro ou fora da instituição). Por exemplo: a pessoa é sensata em relação ao que pode esperar do apoio da família, profissionais e redes de apoio? Importante

network? It is important to assess whether the patient is cooperative and motivated with regard to following plans.	avaliar se é cooperativa e se está motivada em relação a seguir os planos terapêuticos.
<p>10. Future stress-situations</p> <p>This evaluates the possibility that the patient may be exposed to stress and stressful situations in the future and his/her ability to cope with stress. For example, (in and outside inpatient unit): reduced ability to tolerate boundaries, physical proximity to possible victims of violence, substance use, homelessness, spending time in violent environment / association with violent environment, easy access to weapons etc.</p>	<p>10. Situações causadoras de estresse:</p> <p>Avalia-se as possibilidades da pessoa ser exposta a situações estressantes no futuro e sua capacidade de lidar com a situação, dentro ou fora da instituição. Por exemplo: habilidade reduzida em respeitar limites, convívio com vítimas de violência, uso de substâncias, ausência de moradia, histórico em ambiente violento, fácil acesso a armas, etc.</p>

Fonte: Elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

Adaptação Transcultural:

O desenvolvimento de um instrumento de medição em saúde é um processo complexo que demanda consideráveis recursos e exige conhecimentos de diversas áreas.⁽¹²⁾ Antes de elaborar novas ferramentas, é recomendada a busca de instrumentos já estabelecidos, pois podem atender às mesmas finalidades ou apresentarem características semelhantes evitando redundâncias, otimizando recursos e tempo.⁽¹⁵⁾

Instrumentos validados e com boa avaliação psicométrica, oferecem uma base sólida para adequação em diferentes populações, garantindo a confiabilidade dos dados ^(15,16). Dessa forma, os pesquisadores podem se beneficiar de trabalhos anteriores, poupando esforços na etapa de desenvolvimento, direcionando recursos para outras áreas do estudo como análise e interpretação dos resultados.^(15,16)

A ATC envolve um rigoroso processo de tradução, condensação, retradução e revisão por especialistas, a fim de identificar e corrigir qualquer problema de ajustamento cultural.⁽¹⁶⁾ Uma abordagem universalista busca preservar a validade do instrumento original, adaptando-o de forma sensível e culturalmente apropriada para ser aplicado em diferentes contextos sociais.⁽¹⁶⁾

Instrumento:

O V-RISK-10 é uma ferramenta de avaliação rápida para identificar indivíduos com TMG que possam apresentar risco aumentado de comportamento violento.⁽¹⁰⁾ Consiste em 10 itens que abordam ocorrências prévias de vulnerabilidade, que podem favorecer a escalada ao comportamento agressivo.^(10,11) As perguntas focam em histórico de violência, sintomas

psicopatológicos, comportamentos impulsivos, autopercepções, influências ambientais e uso de substâncias.⁽¹²⁾

O V-Risk-10 não é uma ferramenta diagnóstica, mas um instrumento que auxilia os profissionais de saúde mental a avaliarem o risco potencial de agressividade do usuário, além de contribuir no direcionamento dos cuidados de forma assertiva.⁽¹⁰⁾ Deve ser utilizado como norteador, associado à avaliação criteriosa individual, não sendo recomendado seu uso isoladamente. Dependendo da avaliação, pode ser indicada uma investigação mais rigorosa ou a elaboração do plano terapêutico habitual.^(10,11)

Como exemplo, pode-se expor impressões anteriores de outros países que utilizam o instrumento, a exemplo da versão para língua persa. Os pesquisadores de linguagem persa relatam que o instrumento apresentou boa validade preditiva pois os pacientes avaliados, exibiram comportamento de acordo com o esperado.⁽¹⁸⁾

CONCLUSÃO

A adaptação transcultural da *Violence Risk Screening-10* originou o *Rastreamento do Risco de Violência-10*, contribuindo para o embasamento de medidas protetivas a serem realizadas pela equipe assistencial ao usuário com transtorno mental grave. O V-Risk-10 é uma ferramenta para triagem do risco de violência e a partir deste estudo, estará disponível para utilização em pacientes de língua portuguesa, tanto para permanência em leitos crise, quanto para atendimentos ambulatoriais.

A ATC envolve a modificação de um instrumento, tornando-o culturalmente apropriado e compreensível para a população-alvo, incluindo a tradução, revisão das questões para garantir que sejam culturalmente relevantes e compreensíveis, além da realização de pré-testes e revisões para identificar quaisquer problemas ou ambiguidades que possam surgir durante o processo.

Realizar a ATC como estudo inicial, pode ser considerado como um passo importante, especialmente em situações em que há limitações de tempo e recursos, podendo já ser divulgado e utilizado, sendo importante informar claramente no documento, que se trata de uma versão adaptada do instrumento original. A validação do instrumento, estabelece maior qualidade psicométrica e confiabilidade dos resultados, por comprovar sua eficácia após aplicação em uma amostra da população alvo.

Recomenda-se que outras propriedades de medidas, como confiabilidade e validades de critério e de construto, devam ser avaliadas em estudos posteriores para fortalecer as evidências da tradução e adaptação para o português brasileiro adaptado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization -WHO. World report on violence and health [online]. Geneva: WHO; 2002. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
2. World Health Organization –WHO. World mental health report: transforming mental health. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
3. World Health Organization –WHO. Collaborating Centre for Violence Prevention. (2010). Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. Braz J Psychiatry [Internet]. 2006Oct;28:s62–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000600003>
5. Barretto RS, Figueiredo AEB. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. Cad saúde coletiva [Internet]. 2019Apr;27(2):124–30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020370>
6. Oliveira, GC e Valença, AM. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. Saúde e Sociedade [online]. v. 29, n. 4 [Acessado 10 agosto 2023], e190681. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190681>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190681>
7. Brandão ADL, Figueiredo AP, Delgado PGG. Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: uma revisão da literatura. Trab educ saúde [Internet]. 2022;20: e00189174. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>
8. Anderson KK, Jenson CE. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: literature review. Arch Psychiatr Nurs. 2019 Feb;33(1):112-119. DOI: 10.1016/j.apnu.2018.08.012. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30663614. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30663614/>
9. Carvalho, MCL e Macena, RHM. Exposure to violence: translation and cultural adaptation to the BR portuguese. Revista de Saúde Pública [online]. v. 56 [Acessado 10 Agosto 2023], 77. ISSN 1518-8787. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004080>
10. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. Eur Psychiatry. 2009 Sep; 24(6):388-94. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004. Epub 2009 Aug 28. PMID: 19716682. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933809001291?via%3Dihub>

11. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011 Mar;26(2):85-91. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.002. Epub 2010 Jul 8. PMID: 20619612. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933810001057?via%3Dihub>
12. Bjørn MSE. A biopsychosocial approach to violence risk assessment in acute psychiatry. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo. 2019. ISBN 978-82-8377-481-8. Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/70375>
13. Pereira, CAR; Borgato MH; Colichi RMB; Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019Jul;72(4):1052–60. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0687>
14. Silva, VC. A integração da saúde mental na atenção primária à saúde no Brasil. 73f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/51941/1/Integracaosaudemental_Silva_2022.pdf
15. Fortes, CPDD, Araújo AP de QC. Check list para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde. *Cad saúde colet* [Internet]. 2019Apr;27(2):202–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020002>
16. Pereira NP, Bastos JL, Lisboa CSM. Intersectional discrimination index: initial stages of cross-cultural adaptation to brazilian portuguese. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2022;25:e220028. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720220028>
17. Lino, CRM; Brüggemann, OM; Souza, ML; Barbosa, SFF; Santos, EKA. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do brasil: uma revisão integrativa. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2017;26(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001730017>
18. Mostafavian Z, Hosseini G, Masoudi E. Validity and reliability of the Persian version of Violence Risk Screening-10 Instrument (V-Risk-10) in admitted patients to the psychiatric ward. *J Res Med Sci*. 2022 Jul 29;27:51. doi: 10.4103/jrms.JRMS_359_19. PMID: 36092486; PMCID: PMC9450254. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36092486/>

6.2 ARTIGO 2:

Validação do Instrumento Violence Risk Screening - 10 (V-Risk - 10) para o Português/Brasil: “Rastreamento do Risco de Violência - 10”

Anna Patrícia dos Santos Cunha¹
Juliana Lemos Rabelo²
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo³

¹Mestranda em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG. Especialista em Enfermagem Forense e Saúde Mental. Enfermeira de Saúde Mental do HC-UFMG

² Doutora em Neurociências - Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Enfermeira Saúde Mental do HC-UFMG

³ Prof. Dra. Titular Escola de Enfermagem UFMG, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Faculdade de Medicina UFMG

RESUMO:

Introdução: Violence Risk Screening-10 (V-Risk-10) consiste em uma breve lista de verificação sobre o risco de violência que os pacientes com transtorno mental grave (TMG) podem manifestar. O estudo se propôs a realizar a adaptação transcultural (ATC) e a validação do instrumento para ser utilizado no Brasil. **Método:** para avaliar confiabilidade e precisão do instrumento, foi utilizada a medida estatística *Kappa de Cohen*, que mensura a concordância entre dois avaliadores independentes. **Resultados:** a mediana geral do instrumento apresentou coeficiente Kappa 0,83, o que significa elevada confiabilidade. **Discussão:** a análise de concordância das questões comprova que o instrumento está habilitado para utilização, possibilitando adequada compreensão e interpretação por diferentes avaliadores. Após seu preenchimento, ações de proteção e cuidado ao paciente com TMG serão planejadas e executadas. **Conclusão:** o instrumento V-Risk-10 adaptado ao português/Brasil apresentou os requisitos necessários para validação e está apto para uso na população brasileira. **Descritores:** V-Risk-10, Adaptação Transcultural, Validação, Português, Brasil

ABSTRACT:

Introduction: Violence Risk Screening-10 (V-Risk-10) consists of a brief checklist about the violence risk that patients with severe mental disorder (SMD) may manifest. The study aimed to perform cross-cultural adaptation (CCA) and instrument validation for use in Brazil. **Method:** for reliability verification, Cohen's Kappa statistical measure was used to assess agreement between two independent raters, aiming to determine the reliability and instrument accuracy. **Results:** the overall instrument median showed Kappa coefficient 0.83, indicating high overall reliability. **Discussion:** The analysis of agreement of the questions confirms that the instrument is suitable for use, enabling proper understanding and interpretation by different raters. After its completion, protection and care actions for patients with SMD will be planned and executed. **Conclusion:** V-Risk-10 adapted to Portuguese/Brazilian presented necessary requirements for validation and is suitable for use in the Brazilian population. **Keywords:** V-Risk-10, Cross-Cultural Adaptation, Validation, Portuguese, Brazil.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o ato violento como inerente à condição humana, caracterizado pelo “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo; que resulte ou tenha grande possibilidade de ocasionar lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.”⁽¹⁾

A OMS estima uma prevalência de 13 % (970 milhões de pessoas) com diagnóstico de transtorno mental (TM) no mundo, incluindo casos leves, moderados e graves.⁽²⁾ Embora apenas 5% das pessoas diagnosticadas com transtorno mental grave (TMG) se envolva em situações de violência quando comparadas com a população em geral, evidências sugerem um aumento progressivo da incidência, associada a situações de vulnerabilidade psicossocial e ao abuso de substâncias.^(2,3,4) Pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas apresentam risco de 12 a 16 vezes maior de cometerem atos violentos.^(2,3,4)

A violência pode ser evitável quando oportunamente os profissionais de saúde identificam os primeiros sinais da agitação psicomotora manejando as demandas e os possíveis conflitos.⁽⁵⁾ Quando se dispõe de uma ferramenta compatível já validada, é dispensável realizar novo processo de pesquisa para a confecção de um documento inédito, que abordaria as mesmas questões. Para poupar tempo e recursos, é viável a adaptação transcultural (ATC) e validação do instrumento existente.⁽⁶⁾

A literatura enumera a existência de instrumentos de gestão de risco de violência (GRV) globalmente, porém ainda indisponíveis ao português para uso no Brasil. Muitos requerem profissionais treinados ou são longos, trabalhosos e complexos para uso na rotina dinâmica dos serviços de atenção à saúde mental.⁽⁷⁾ Bjørkly et al. desenvolveram o instrumento “Violence Risk Screening - 10” (V-RISK-10), na Noruega em 2005, validado para a equipe multiprofissional aplicar à pacientes em cuidados intensivos ou ambulatoriais.⁽⁸⁾

O V-Risk-10 é atualmente utilizado na Suécia, Finlândia, Reino Unido, EUA, Rússia, Ucrânia, China e Irã, já adaptado para o sueco, alemão, inglês, russo, chinês e persa. Não é necessário treinamento específico para a aplicação e pode ser utilizada no acolhimento, durante a permanência no setor ou na liberação do paciente ao domicílio.⁽⁸⁾

O instrumento consiste em uma lista de verificação com dez itens: 1. Violência prévia ou atual, 2. Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas), 3. Abuso de substâncias prévio ou atual, 4. Transtorno mental grave prévio ou atual, 5. Transtornos de personalidade, 6. Demonstra falta de entendimento sobre o transtorno e/ou comportamento, 7. Expressa desconfiança, 8. Demonstra falta de empatia, 9. Pensamentos delirantes e 10. Situações

causadoras de estresse. Para o registro das respostas, há opções: “Não”; “Não Sei”, “Talvez/Moderado” e “Sim”.⁽⁹⁾ As categorias de risco foram delimitadas em: “*Elevado*”, para risco de violência grave e iminente; “*Moderado*”, para risco de violência com menores repercussões em médio prazo; e “*Baixo*”, para situações que apenas demandam monitoramento.⁽¹⁰⁾

Demais instrumentos de avaliação de risco de violência foram desenvolvidos, validados e empregados em vários países, como o Violence Risk Appraisal Guide, o Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20), Lista de Verificação de Violência de Brøset (BVC), Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R) e a Psychopathy Checklist Screening Version.⁽¹¹⁾

A maioria destes instrumentos foi concebida e avaliada em países de economias avançadas e onde as comunidades eram compostas majoritariamente por indivíduos de origem europeia. Há carência de estudos no Brasil, adaptados a um contexto em que a atenção à saúde mental ainda se encontra em um estágio de evolução pós reforma psiquiátrica e em uma nação multicultural, tornando a política de saúde mental frágil.^(11,12)

O trabalho visa apresentar a validação do instrumento de GRV em saúde mental “Violence Risk Screening-10” da versão em português (Brasil): “*Rastreamento do Risco de Violência-10*”, pós adaptação transcultural.

MÉTODO

Após os processos de tradução e adaptação cultural do instrumento, é fundamental verificar se o instrumento apresenta propriedades psicométricas suficientemente consistentes para a aplicação na população-alvo.⁽¹³⁾

Adaptação Transcultural:

Inicialmente foi realizado o processo de ATC do instrumento V-Risk-10 para o português do Brasil com as seguintes etapas:⁽¹⁴⁾

1. **Análise conceitual:** os pesquisadores avaliaram previamente se os “temas”, “significados” e “conceitos” são semelhantes em ambas as culturas, para ponderar a *pertinência* do trabalho.
2. **Acionamento dos autores:** contatado um dos autores do instrumento original via e-mail, com a solicitação da autorização para o início do estudo. As propostas para a realização da ATC foram descritas e acordadas.
3. **Análise semântica:** compreende a tarefa da *tradução*, com foco em adequação do vocabulário e gramática:

- a. Tradução do instrumento em inglês para a língua portuguesa (Brasil) realizada por dois tradutores independentes, com licenciatura em letras/inglês. Um deles, necessita ser nativo de país de língua inglesa, e com formação em ciências da saúde;
 - b. Condensação das versões traduzidas, mediante consenso, pelos pesquisadores responsáveis;
 - c. Retradução para o inglês do instrumento condensado em português, por um terceiro tradutor, verificando a manutenção da compatibilidade semântica com o instrumento original.
4. **Avaliação dos juízes:** 20 profissionais com conhecimentos em GRV e saúde mental foram convidados para a avaliação da ferramenta. Destes, 13 concordaram realizar a análise do instrumento, avaliando sua composição em relação à equivalência semântica, idiomática, de experiência e conceitual.
 5. **Proposição final do instrumento:** junção de todas as recomendações dos juízes referentes às equivalências, com a síntese do documento final ⁽¹⁴⁾

Após todas as etapas finalizadas, deu-se início à validação do instrumento, com o propósito de verificar se a escala preenchida por pessoas diferentes, atesta o mesmo risco de violência referente ao paciente em questão, a partir da interpretação semântica dos itens.

Como o instrumento provém de um processo de ATC para o português do Brasil, o teste de validação visa aferir a confiabilidade de compreensão das perguntas por diferentes profissionais aplicadores, promovendo a correta interpretação e gerando respostas adequadas sobre o quesito abordado

Estudo de Validação:

O atual estudo tem como foco a validação do instrumento “Violence Risk Screening-10” (V-Risk-10) para a língua portuguesa (Brasil), desenvolvido a partir de abordagens qualitativas e quantitativas.

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, constituída por pacientes com demanda em saúde mental, abordados enquanto aguardavam a consulta multiprofissional no complexo do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) - Ambulatório Borges da Costa.

Seguindo as recomendações do Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN), para análise da confiabilidade, validade e interpretabilidade, uma amostra é satisfatória quando possui entre 50 e 99 indivíduos avaliados.⁽¹⁴⁾ Neste sentido, uma das recomendações mais recentes para o tamanho da amostra em estudos de validação é referente a 10 vezes o número de itens do instrumento.⁽¹⁵⁾

Como a escala apresenta 10 questões, o estudo conta com a participação de 103 pacientes ou familiares ($n = 103$). Dessa forma, os dois avaliadores utilizaram o instrumento “Rastreamento do Risco de Violência-10” e abordaram os mesmos 103 participantes separadamente em momentos diferentes.

O protocolo de avaliação incluiu a coleta das seguintes informações: dados sociodemográficos (nome completo, sexo masculino ou feminino, data de nascimento, idade, escolaridade, estado civil e diagnóstico em saúde mental); o instrumento “Rastreamento do Risco de Violência-10” e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Todos os pacientes e/ou acompanhantes que participaram do estudo foram esclarecidos verbalmente sobre o estudo e assinaram o TCLE ou o TALE. A participação foi voluntária e os participantes foram informados que seu acompanhamento ambulatorial não sofreria nenhum prejuízo caso recusassem a participação, desistissem ou apresentassem indisposições durante o processo.

Concordância entre avaliadores:

Um dos principais critérios para a avaliação da qualidade de um instrumento é a confiabilidade. É considerada ideal quando apresenta variação mínima em medições repetidas de um atributo. A concordância interavaliadores (interrater reliability) possibilita a apreciação do grau de concordância entre as avaliações independentes realizadas e sua reprodutibilidade, por dois ou mais profissionais que classificam o mesmo paciente, utilizando o mesmo instrumento de classificação. ^(16,17)

A reprodutibilidade é descrita como o nível de consistência ou confiabilidade dos resultados ao se repetir uma medição ou avaliação em condições idênticas. Portanto, a concordância entre avaliadores é uma qualidade específica dos instrumentos de coleta de dados que gera a confiabilidade dos resultados. ⁽¹⁸⁾

Kappa de Cohen

Medida estatística de associação amplamente reconhecida como o método mais confiável que avalia a concordância entre dois avaliadores independentes, visando determinar a confiabilidade e precisão durante o uso do instrumento. ⁽¹⁸⁾

Uma concordância maior fornece mais confiança nas classificações refletindo uma circunstância verdadeira. As variáveis analisadas devem ser categóricas (qualitativas). Valores superiores a 0,75 indicam uma concordância elevada, valores entre 0,40 a 0,75

refletem uma concordância *intermediária e inferiores a 0,40* denotam uma concordância *baixa*.⁽¹⁶⁾

As análises estatísticas foram realizadas por meio do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA). Cada análise foi relacionada a uma pergunta do instrumento “Rastreo do Risco de Violência-10”, com a resposta dada pelo aplicador 1 (AV1) e pelo aplicador 2 (AV2), totalizando 10 análises independentes.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 58327822.6.0000.5149), assim como autorizado pelo Hospital das Clínicas de Minas Gerais, em Carta de Anuência: SEI nº 94/2022/SGPITS/GEP/HC-UFGM-EBSERH

RESULTADOS:

O perfil sociodemográfico da amostra (n=103), apresenta mediana de idade de 69 anos, a maioria dos pacientes era do sexo feminino (73%) e com mediana de escolaridade de 8 anos. 31% dos pacientes eram casados, 31% solteiros, 17% divorciados e 24% viúvos, conforme descrito na **Tabela 1**:

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos dos Pacientes

	Pacientes (n=103)
Idade (em anos)	69 (56-77)
Sexo (feminino)	73 (70,9)
Escolaridade (em anos de estudo)	8 (4-11)
Solteiro	31 (30,1)
Casado	31 (30,1)
Divorciado	17 (16,5)
Viúvo	24 (23,3)

Fonte: Elaborado pelos autores

A amostra apresenta diagnósticos em saúde mental agrupados com base no DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*), que incluem: (19) Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos (23,3%), Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados (12,6%), Transtornos Depressivos (7,8%), Transtornos de Ansiedade (5,8%), Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtornos Relacionados (2,9%), Transtornos Relacionados a Trauma e/a Estressores (5,8%), Transtornos Dissociativos (1,0%),

Transtornos Relacionados à Substâncias e Transtornos Aditivos (7,8%), Transtornos Neurocognitivos (24,3%), Transtornos de Personalidade (9,7%), conforme descritos na **Tabela 2:**

Tabela 2 - Dados clínicos dos pacientes

	Pacientes (n=103)
Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos	23 (23,3)
Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados	13 (12,6)
Transtorno Depressivo	8 (7,8)
Transtorno de Ansiedade	6 (5,8)
Transtorno Obsessivo Compulsivo e Transtorno Relacionados	3 (2,9)
Transtornos Relacionados a Trauma e/a Estressores	6 (5,8)
Transtornos Dissociativos	1 (1,0)
Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos	8 (7,8)
Transtorno Neurocognitivo	25 (24,3)
Transtornos de Personalidade	10 (9,7)

Fonte: Elaborado pelos autores

A avaliação Kappa determinou os resultados de confiabilidade por questão, conforme a Tabela 3, sendo possível apreciar o nível de conformidade:

Tabela 3 - Avaliação de Concordância entre Aplicadores

Item Avaliado	Conformidade Kappa
1 - Violência prévia ou atual	0,73
2 - Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas)	0,79
3 - Abuso de substâncias prévio ou atual	0,68
4 - Transtorno mental grave prévio ou atual	0,75
5 - Transtornos de personalidade	0,83
6 - Demonstra falta de entendimento sobre a doença e/ou comportamento	0,84
7 - Expressa desconfiança	0,84
8 - Demonstra falta de empatia	0,87
9 - Pensamentos delirantes	0,89

10 - Situações causadoras de estresse	0,91
---------------------------------------	------

Mediana	0,83
----------------	-------------

Fonte: Elaborada pelos autores

Os dados se referem ao cruzamento entre as respostas dos dois avaliadores com os respectivos coeficientes Kappa, determinando a intensidade da concordância nas classificações. Conforme os dados apresentados na **Tabela 1**, o nível de concordância foi elevado ($Kappa > 0,75$) para as questões 2, 5, 6, 7, 8, 9, e 10. Concordância intermediária ($Kappa 0,75-0,40$) apenas para as questões 1, 3 e 4. A mediana do instrumento equivale a $Kappa 0,83$; correlacionando uma concordância geral elevada, legitimando a ATC, com a validação estatística do instrumento para o uso no Brasil.

DISCUSSÃO

A análise de concordância das questões adaptadas, comprova que o instrumento está habilitado para utilização, possibilitando adequada compreensão e interpretação por diferentes avaliadores.

“O Rastreamento do Risco de Violência-10” tem o propósito de levantar dados que possuam relação com o risco de uma possível investida de violência, contra si ou terceiros, pelos pacientes com TMG, sendo possível elencar o risco sobre qual aspecto é necessário maior atenção e proteção antecipada. O instrumento incita à ação e planejamento de cuidados, sem o propósito de apenas fornecer uma classificação numérica de pontuação em escala, se concentrando apenas em coleta de dados e medidas. O objetivo é que elementos de intervenção ou aplicação prática, surjam após os resultados da avaliação.

Após o preenchimento do instrumento, os cuidados práticos eram prontamente planejados. Dentre elas, pode-se exemplificar o acionamento de rede de apoio e familiares; monitoramento do paciente via teleconsulta; vinculação frequente (por aplicativos de mensagens); adiantamento das consultas psiquiátricas ambulatoriais para revisão medicamentosa; acordos em planos de segurança (foco em autoextermínio); acionamento do território, principalmente os setores de saúde, assistência social, segurança e justiça; inserção em atividades regionais de ocupação e lazer; ativação comportamental; organização ambiental do setor; priorização do atendimento; encaminhamento para a rede multiprofissional; propostas em redução de danos; psicoeducação e escuta ativa. Todas as ações devem ser executadas com um discurso claro, conciso e pactuado, promovendo a compreensão e um ambiente controlado, com baixo índice de conflitos.

Durante a abordagem aos pacientes/familiares da amostra, os avaliadores conseguiram facilmente o assentimento na coleta de dados, por já serem vinculados ao serviço e aos profissionais investigadores. O tempo gasto para a aplicação foi baixo, aproximadamente 5 minutos por aplicador/paciente (tempo previamente citado pelos autores da ferramenta), demonstrando que não impacta negativamente na rotina de cuidados. Nenhum incidente ocorreu durante a aplicação do instrumento.

As questões que tiveram menor concordância, atribui-se a hipótese que elas possuam necessidade de maior conhecimento acerca do *histórico* do paciente. Foram exatamente as questões que apresentavam enfoque sobre situações prévias ou atuais: *violência prévia ou atual*, *abuso de substâncias prévio ou atual*, *transtorno mental grave prévio ou atual*. A questão 2 teve uma concordância elevada, mas quase intermediária (apenas 0,04 acima), também apresenta necessidade de informações acerca do histórico: *ameaças prévias ou atuais* (verbais/físicas). Para todas as demais, houve notável concordância elevada.

CONCLUSÃO

Considerando-se os resultados obtidos nos testes de confiabilidade entre avaliadores a que foi submetido o instrumento Rastreio do Risco de Violência-10, destaca-se que a conformidade nos escores totais obtidos pelos dois profissionais (Coeficiente Kappa) variou entre concordância 0,68 a 0,91, com mediana de 0,83, caracterizando elevada concordância geral. Sete, dos dez indicadores isoladamente, apresentaram índice elevado de concordância (Kappa), confirmando que o instrumento apresenta confiabilidade para ser utilizado na gestão de cuidado do risco de violência do paciente com transtorno mental grave.

Conhecer previamente o perfil de cada paciente, auxilia na prevenção de confrontos e reduz necessidade de articulação profissional com o paciente para evitar episódios de agitação psicomotora, assim como a preservação de recursos públicos como reposição de itens danificados, afastamentos de profissionais por situações de saúde, acionamento de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e encaminhamento para dispositivos de crise. Promover um ambiente tranquilo e pacífico, aumenta a satisfação de pacientes e familiares, colaborando para a possibilidade de vinculação ao serviço, aumentando a possibilidade de intervenções profissionais.

Principalmente no que concerne à metodologia de ATC e validação de instrumentos, nota-se na literatura uma fragilidade na precisão de diretrizes. Por essa razão, é crucial que os estudos que empregam metodologias similares descrevam minuciosamente as etapas realizadas, bem como os resultados obtidos.

A ATC e validação do instrumento V-Risk-10 (Rastreamento do Risco de Violência-10) para a língua portuguesa (Brasil), é uma ferramenta confiável e válida para que o profissional possa classificar o risco de violência potencialmente apresentado pelo paciente com TMG e que a partir destas considerações, as ações de proteção, amparo e cuidado sejam prontamente estabelecidas. A versão adaptada do V-Risk-10: “Rastreamento do Risco de Violência-10”, contará com acesso para *download* gratuito, possibilitando ampla utilização em serviços de saúde que atendam pacientes com TMG.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization -WHO. World report on violence and health [online]. Geneva: WHO; 2002. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
2. World Health Organization –WHO. World mental health report: transforming mental health. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
3. World Health Organization – WHO. Collaborating Centre for Violence Prevention. (2010). Violence prevention: the evidence. Geneva: World Health Organization. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Valença AM, Moraes TM. Relação entre homicídio e transtornos mentais. Braz J Psychiatry [Internet]. 2006 Oct;28, s62–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200600060000>
5. Brandão ADL, Figueiredo AP, Delgado PGG. Incorporações e usos do conceito de recovery no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: uma revisão da literatura. Trab educ saúde. 2022;20: e00189174. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00189>
6. Fortes, CPDD, Araújo AP de QC. Check list para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde. Cad saúde colet [Internet]. 2019 Apr;27(2):202–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020002>
7. Carvalho, MCL e Macena, RHM. Exposure to violence: translation and cultural adaptation to the BR portuguese. Revista de Saúde Pública [online]. v. 56 [Acessado 10 Agosto 2023], 77. ISSN 1518-8787. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004080>
8. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. Eur Psychiatry. 2009 Sep; 24(6):388-94. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004. Epub 2009 Aug 28. PMID: 19716682. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933809001291?via%3Dihub>

9. Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2011 Mar;26(2):85-91. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.002. Epub 2010 Jul 8. PMID: 20619612. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933810001057?via%3Dihub>
10. Bjørn MSE. A biopsychosocial approach to violence risk assessment in acute psychiatry. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo. 2019. ISBN 978-82-8377-481-8. Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/70375>
11. Xiuyu Y, et al. Validação do instrumento Violence Risk Screening-10 entre Pacientes Egressos de um Hospital Psiquiátrico em Pequim. *Jornal Internacional de Enfermagem em Saúde Mental* (2014) 23, 79–87. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00890.x. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0349.2012.00890.x>
12. NUNES, MO, et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, vol. 24, no. 12, pp. 4489-4498 <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GtLPLYmY8tsPLWjNk9nhQKw/?lang=pt>
13. Nathan N, et al. A Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments systematic review of orthognathic patient-reported outcome measures. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. Volume 164, Issue 4, 2023, Pages 476-490, ISSN 0889-5406. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2023.06.007>.
14. Fortes, CPDD, Araújo AP de QC. Check list para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde. *Cad saúde colet* [Internet]. 2019Apr;27(2):202–9. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020002>
15. Hair, J. et al. *Multivariate data analysis*. 6ª. New Jersey: Pearson Educational, 2006. Available from: <https://www.drnishikantjha.com/papersCollection/Multivariate%20Data%20Analysis.pdf>
16. Perroca, MG, Gaidzinski RR. Avaliando a Confiabilidade Interavaliadores de um Instrumento para Classificação de Pacientes - Coeficiente Kappa. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(1): 72-80. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GjLgqxS67C4w3zzJsXxZTcw/>
17. Gouveia, VHO, et al. Confiabilidade das medidas inter e intra-avaliadores com goniômetro universal e flexímetro. *Laboratório de Cinesiologia do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Fisioter Pesq*. 2014;21(3):229-235. DOI: 10.590/1809-2950/52921032014. Available from: <https://www.scielo.br/j/fp/a/yGGTdvhrwGFYZTBvYwM5JZv/?format=pdf&lang=pt>
18. Silva, AF; Velo MMAC; Pereira, AC. Importância da reprodutibilidade dos métodos para diagnóstico em odontologia. *RFO UPF* vol.21 no.1 Passo Fundo Jan./Abr. 2016. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122016000100018
19. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ;

revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
Available from: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>

Rastreo do Risco de Violência (V-RISK 10)

() Admissão

() Alta

() Avaliação durante a permanência no setor

Nome: _____		Prontuário/registro: _____
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: () feminino () masculino	Data da admissão: ____/____/____
Data da avaliação: ____/____/____	Data da alta: ____/____/____	Assinatura do avaliador: _____

Instruções para a pontuação: O avaliador coletará informações sobre cada um dos dez fatores de risco na lista de verificação do V-RISK-10. Alguns exemplos de informações importantes para a classificação estão descritos em cada item. Marque a opção que indique a probabilidade do fator de risco ser aplicado ao paciente:

Não: O evento não se aplica à esta pessoa

Não sei: O avaliador possui poucas informações para responder adequadamente

Talvez/moderado: Talvez se aplique à pessoa / situação ocorreu em um grau discreto

Sim: Com certeza se aplica à pessoa

	Não	Não sei	Talvez / moderado	Sim
1. Violência prévia ou atual A violência severa refere-se a agressões físicas (incluindo diversos tipos de armas) direcionadas a outras pessoas, com a intenção de causar danos. "Sim" : Histórico de pelo menos 3 atos agressivos moderadamente violentos ou 1 ato violento grave. Atos agressivos menos severos, tais como chutes, golpes e empurrões que não causem danos graves à vítima são classificados como "Talvez/moderado" .				
2. Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas) Verbais: Declarações, gritos e afins, que envolvam ameaças. Físicas: Movimentos e gestos que alertam acerca de possíveis agressões físicas.				
3. Abuso de substâncias prévio ou atual Histórico de abuso de álcool, medicamentos ou outras substâncias (por exemplo, estimulantes, injetáveis, maconha). Uso de solventes ou "cola" devem ser considerados. Para avaliar "Sim" , a pessoa deve ter/teve abuso/dependência prolongada, associada à redução da funcionalidade para executar tarefas de trabalho ou estudo, cuidado com a saúde ou apresentar participação reduzida em atividades sociais.				
4. Transtorno mental grave prévio ou atual Caso a pessoa manifeste atualmente ou já tenha apresentado quadro com sintomas psicóticos (por exemplo esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar). Confira o item 5 para classificar os transtornos de personalidade.				
5. Transtornos de personalidade Considere para este tópico, os transtornos de personalidade excêntricos (cluster A: esquizoide e paranoide) e impulsivos/ desinibidos (cluster B: borderline e antissocial)				
6. Demonstra falta de entendimento sobre o transtorno e/ou comportamento Se refere ao grau de compreensão que a pessoa possui sobre sua saúde mental, com relação à necessidade do uso de medicamentos, consequências sociais ou comportamentais relacionadas ao quadro atual.				
7. Expressa desconfiança A pessoa expressa desconfiança em relação a outros indivíduos, de forma verbal ou não-verbal. Aparenta estar sempre "em alerta", no ambiente.				
8. Demonstra falta de empatia A pessoa aparenta-se alheia e com pouca sensibilidade para o estado emocional de terceiros.				
9. Pensamentos delirantes Este item avalia o grau de planos fantasiosos para o futuro (dentro ou fora da instituição). Por exemplo: a pessoa é sensata em relação ao que pode esperar do apoio da família, profissionais e redes de apoio? Importante avaliar se é cooperativa e se está motivada em relação a seguir os planos terapêuticos.				
10. Situações causadoras de estresse Avalia-se as possibilidades da pessoa ser exposta a situações estressantes no futuro e sua capacidade de lidar com a situação, dentro ou fora da instituição. Por exemplo: habilidade reduzida em respeitar limites, convívio com vítimas de violência, uso de substâncias, ausência de moradia, histórico em ambiente violento, fácil acesso a armas, etc.				

Avaliação clínica geral: Com base na análise clínica, outras informações disponíveis e na lista de verificação acima, qual é o grau do o risco de violência para este paciente? Marque com um X, uma das opções:

BAIXO	MODERADO	ELEVADO
--------------	-----------------	----------------

Após avaliação clínica geral. Marque com um X uma das opções:

Não há necessidade de informações adicionais relacionadas ao risco de violência	Há necessidade de informações adicionais relacionadas ao risco de violência
---	---

Implementação das medidas preventivas e protetivas: Justificativas/razões/argumentos devem ser detalhados no registro do paciente e/ou no sumário de alta.

Violence risk screening -10 (V-RISK-10)
--

At admission At discharge In polyclinic

Patient's name:		Date of birth:
Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	Patient number:
Date of admittance:	Date of discharge:	Registration number:
Signed in by:		Date:

Scoring instruction:

The rater collects information about each of the ten risk factors on the V-RISK-10 checklist. Some examples of important scoring information are described under each item. Put a check in the box to indicate the degree of likelihood that the risk factor applies to the patient in question:

- **No:** Does not apply to this patient
- **Maybe/moderate:** Maybe applies/present to a moderately severe degree
- **Yes:** Definitely applies to a severe degree
- **Do not know:** Too little information to answer

	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
1. Previous and/or current violence <i>Severe violence refers to physical attack (including with various weapons) towards another individual with intent to inflict severe physical harm. Yes: The individual in question must have committed at least 3 moderately violent aggressive acts or 1 severe violent act. Moderate or less severe aggressive acts such as kicks, blows and shoving that does not cause severe harm to the victim is rated Maybe/moderate.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Previous and /or current threats (verbal/physical) <i>Verbal: Statements, yelling and the like, that involve threat of inflicting other individuals physical harm. Physical: Movements and gestures that warn physical attack.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Previous and/or current substance abuse <i>The patient has a history of abusing alcohol, medication and/or other substances (e.g. amphetamine, heroin, cannabis). Abuse of solvents or glue should be included. To rate Yes, the patient must have and/or have had extensive abuse/dependence, with reduced occupational or educational functioning, reduced health and/or reduced participation in leisure activities.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Previous and/or current major mental illness <i>NB: Whether the patient has or has had a psychotic disorder (e.g. schizophrenia, delusional disorder, psychotic affective disorder). See item 5 to rate personality disorders.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Personality disorder <i>Of interest here are eccentric (schizoid, paranoid) and impulsive, uninhibited (emotionally unstable, antisocial) types.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Shows lack of insight into illness and/or behaviour <i>This refers to the degree to which the patient lacks insight in his/her mental illness, with regard to for instance need of medication, social consequences or behaviour related to illness or personality disorder.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Expresses suspicion <i>The patient expresses suspicion towards other individuals either verbally or nonverbally. The person in question appears to be "on guard" towards the environment.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Shows lack of empathy <i>The patient appears emotionally cold and without sensitivity towards others' thoughts or emotional situation.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Unrealistic planning <i>This assesses to which degree the patient him/herself has unrealistic plans for the future (inside or outside the inpatient unit). Is for instance the patient him/herself realistic with regard to what he/she can expect of support from family and of professional and social network? It is important to assess whether the patient is cooperative and motivated with regard to following plans.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Future stress-situations <i>This evaluates the possibility that the patient may be exposed to stress and stressful situations in the future and his/her ability to cope with stress. For example (in and outside inpatient unit): reduced ability to tolerate boundaries, physical proximity to possible victims of violence, substance use, homelessness, spending time in violent environment/association with violent environment, easy access to weapons etc.</i>	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall clinical evaluation

• Based on clinical judgement, other available information and the checklist:

• How great do you think the violence risk is for this patient? *(Put a check in one of the boxes)*

LOW	MODERATE	HIGH
------------	-----------------	-------------

• Suggestion following overall clinical evaluation:

(Put a check in one of the boxes)

NO MORE DETAILED VIOLENCE RISK ASSESSMENT	MORE DETAILED VIOLENCE RISK ASSESSMENT
--	---

IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE MEASURES

Justifications/reasons/arguments should be detailed in patient record and/or discharge summary

7 CONCLUSÃO

O estudo de adaptação transcultural e validação do instrumento V-Risk-10 para a cultura brasileira resultou na criação do "Rastreo do Risco de Violência-10", uma ferramenta adaptada e validada para uso em pacientes com transtorno mental grave no Brasil.

O documento poderá ser utilizado em qualquer estabelecimento que atenda pacientes com TMG, podendo ser aplicado por profissionais de qualquer formação em saúde, de forma rápida, possibilitando uma breve verificação de necessidades individuais. A partir de então, o raciocínio focado em um planejamento de cuidados individual deverá ser realizado e registrado. Ter ações embasadas por um instrumento de GRV, respalda as ações com foco em segurança, proteção e cuidado.

Há de se atentar para evitar a associação direta entre pacientes com TMG e violência. Essa relação não é concreta, mas outros fatores correlacionados podem interferir na possibilidade de uma escalada para a agitação psicomotora, como por exemplo o uso de substâncias psicoativas e o histórico individual.

Os resultados do estudo indicaram que o instrumento apresenta conteúdo alinhado com o contexto brasileiro, oferecendo um suporte eficaz para a gestão do risco de violência nessa população, com facilidade e agilidade na sua aplicação. A alta confiabilidade do instrumento, evidenciada pelo coeficiente Kappa de 0,83, reforça sua utilidade e consistência em geral. Esta adaptação contribui para uma abordagem mais precisa na avaliação e manejo do risco de violência em pacientes com transtornos mentais graves no Brasil.

Há possibilidade de o estudo original ter apresentado limitações referentes a todo o controle de agitação psicomotora posterior à alta. Os episódios de violência podem ter sido subnotificados, porque nem sempre é fácil obter um julgamento confiável de comportamentos violentos, especialmente ameaças. Como o instrumento no Brasil já está adaptado e validado, há a sugestão de que posteriormente, os estudos avaliem não a questão semântica e de confiabilidade textual, mas sim, a eficácia deste instrumento validado, em relação ao abarcamento de casos de violência, de forma longitudinal. Verificaria, desta forma, a efetividade do levantamento de risco preditivo do instrumento adaptado, fora do estabelecimento de saúde.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moraes, YAJ. Fenomenologia da violência urbana: impactos na saúde e nas relações sociais. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente/CCBS - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. 80f. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/2298/2/YuriMoraes.pdf>
2. World Health Organization-WHO. World report on violence and health [online]. Geneva: WHO; 2002. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
3. Barretto, RS; Figueiredo, AEB. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental. Cad. Saúde Colet., 2019, Rio de Janeiro, 27 (2): 124-130. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020370>
4. Brasil. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União. Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf
5. Oliveira, GCV; Martins, A. Institucionalização prolongada, transtornos mentais e violência: uma revisão científica sobre o tema. Saúde e Sociedade. v. 29, n. 4 janeiro/2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kPmtDt9bYLNwFHFk8PhkntH/abstract/?lang=pt>
6. Corrigan, PW, Watson, AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. Psychiatry Research, 136, 153-162. doi: 10.1016/j.psychres.2005.06.005. Available from: https://www.researchgate.net/publication/7634588_Findings_from_the_National_Comorbidity_Survey_on_the_frequency_of_violent_behavior_in_individuals_with_psychiatric_disorders
7. Kös, T. The predictive validity of the V-RISK-10 and BVC among involuntarily admitted patients. Psychiatry, 26 February 2024. Sec. Forensic Psychiatry. Volume 15 – 2024. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1342445>
8. Ose, SO; et al. Risk of violence among patients in psychiatric treatment: Results from a national census. Nordic Journal of Psychiatry, 71, 551–560. 2024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737978/>
9. Konttila, J. Pesonen, HM. Kyngäs, H. Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. International Journal of Mental Health Nursing, 2018. DOI:10.1111/inm.12478. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29766630/>
10. Monteiro, CB; Passos, JP. Sentimentos dos profissionais de saúde frente a violência dos usuários no hospital psiquiátrico. Research, Society and Development, v. 9, n.8, e973986832, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343507893_Sentimentos_dos_profissionais_de_saude_frente_a_violencia_dos_usuarios_no_hospital_psiquiatrico
11. Cardoso, AJC; et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 44, N. 127, P. 1105-1119, Out-Dez 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/r8Ksc6S3R96v9m6n7b6jWH/abstract/?lang=pt>

12. Matthew W, et al. Prevalence and Risk of Violent Ideation and Behavior in Serious Mental Illnesses: An Analysis of 63,572 Patient Records. March 2018. Journal of Interpersonal Violence 36(1):088626051875997. DOI:10.1177/088626051875997. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29534632/>
13. Paiva, T.T.; et al. Validação da Escala Velicer de Atitudes frente à Violência (EVAFV). Rev. Psicol. Saúde [Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Maio 10]; 13(1): 35-49. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2021000100004
14. Roaldset, J.O., Hartvig P., Bjørkly. V-RISK-10: Validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. European Psychiatry 26 (2011) 85–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933810001057?via%3Dihub>
15. Bjørkly, S.P. Hartvig FA. Heggen, HB, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. European Psychiatry 24 (2011) 388–394. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924933809001291?via%3Dihub>
16. Junior SDD, et al. Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. Braz J Allergy Immunol. 2016;4(1):26-30. Disponível em: http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=750
17. Beaton, D.E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of SelfReport Measures. Spine, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. ISSN 0362-2436. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11124735/>
18. Gorenstein, C.; Wang, YP.; Hungerbühler, I. Instrumentos de avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre: Artmed, 2016. ISBN 978-85-8271-285-6.

9 APÊNDICE

RASTREIO DO RISCO DE VIOLÊNCIA-10:

Rastreo do Risco de Violência (V-RISK 10)

() Admissão () Alta () Avaliação durante a permanência no setor

Nome: _____		Prontuário/registro: _____	
Data de nascimento: ____/____/____	Sexo: () feminino () masculino	Data da admissão: ____/____/____	
Data da avaliação: ____/____/____	Data da alta: ____/____/____	Assinatura do avaliador: _____	

Instruções para a pontuação: O avaliador coletará informações sobre cada um dos dez fatores de risco na lista de verificação do V-RISK-10. Alguns exemplos de informações importantes para a classificação estão descritos em cada item. Marque a opção que indique a probabilidade do fator de risco ser aplicado ao paciente:

Não: O evento não se aplica à esta pessoa
Não sei: O avaliador possui poucas informações para responder adequadamente
Talvez/moderado: Talvez se aplique à pessoa / situação ocorreu em um grau discreto
Sim: Com certeza se aplica à pessoa

	Não	Não sei	Talvez / moderado	Sim
1. Violência prévia ou atual A violência severa refere-se a agressões físicas (incluindo diversos tipos de armas) direcionadas a outras pessoas, com a intenção de causar danos. "Sim": Histórico de pelo menos 3 atos agressivos moderadamente violentos ou 1 ato violento grave. Atos agressivos menos severos, tais como chutes, golpes e empurrões que não causem danos graves à vítima são classificados como "Talvez/moderado".				
2. Ameaças prévias ou atuais (verbais/físicas) Verbais: Declarações, gritos e afins, que envolvam ameaças. Físicas: Movimentos e gestos que alertam acerca de possíveis agressões físicas.				
3. Abuso de substâncias prévio ou atual Histórico de abuso de álcool, medicamentos ou outras substâncias (por exemplo, estimulantes, injetáveis, maconha). Uso de solventes ou "cola" devem ser considerados. Para avaliar "Sim", a pessoa deve ter/teve abuso/dependência prolongada, associada à redução da funcionalidade para executar tarefas de trabalho ou estudo, cuidado com a saúde ou apresentar participação reduzida em atividades sociais.				
4. Transtorno mental grave prévio ou atual Caso a pessoa manifeste atualmente ou já tenha apresentado quadro com sintomas psicóticos (por exemplo esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar). Confira o item 5 para classificar os transtornos de personalidade.				
5. Transtornos de personalidade Considere para este tópico, os transtornos de personalidade excêntricos (cluster A: esquizoide e paranoide) e impulsivos/ desinibidos (cluster B: borderline e antissocial)				
6. Demonstra falta de entendimento sobre o transtorno e/ou comportamento Se refere ao grau de compreensão que a pessoa possui sobre sua saúde mental, com relação à necessidade do uso de medicamentos, consequências sociais ou comportamentais relacionadas ao quadro atual.				
7. Expressa desconfiança A pessoa expressa desconfiança em relação a outros indivíduos, de forma verbal ou não-verbal. Aparenta estar sempre "em alerta", no ambiente.				
8. Demonstra falta de empatia A pessoa aparenta-se alheia e com pouca sensibilidade para o estado emocional de terceiros.				
9. Pensamentos delirantes Este item avalia o grau de planos fantasiosos para o futuro (dentro ou fora da instituição). Por exemplo: a pessoa é sensata em relação ao que pode esperar do apoio da família, profissionais e redes de apoio? Importante avaliar se é cooperativa e se está motivada em relação a seguir os planos terapêuticos.				
10. Situações causadoras de estresse Avalia-se as possibilidades da pessoa ser exposta a situações estressantes no futuro e sua capacidade de lidar com a situação, dentro ou fora da instituição. Por exemplo: habilidade reduzida em respeitar limites, convívio com vítimas de violência, uso de substâncias, ausência de moradia, histórico em ambiente violento, fácil acesso a armas, etc.				

Avaliação clínica geral: Com base na análise clínica, outras informações disponíveis e na lista de verificação acima, qual é o grau do o risco de violência para este paciente? Marque com um X, uma das opções:

BAIXO	MODERADO	ELEVADO
--------------	-----------------	----------------

Após avaliação clínica geral. Marque com um X uma das opções:

Não há necessidade de informações adicionais relacionadas ao risco de violência	Há necessidade de informações adicionais relacionadas ao risco de violência
---	---

Implementação das medidas preventivas e protetivas: Justificativas/razões/argumentos devem ser detalhados no registro do paciente e/ou no sumário de alta.

10. ANEXO

10.1 VIOLENCE RISK SCREENING-10 (V RISK-10)

Violence risk screening -10 (V-RISK-10)
--

At admission
 At discharge
 In policlinic

Patient's name:		Date of birth:
Female <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	Patient number:
Date of admittance:	Date of discharge:	Registration number:
Signed in by:		Date:

Scoring instruction:

The rater collects information about each of the ten risk factors on the V-RISK-10 checklist. Some examples of important scoring information are described under each item. Put a check in the box to indicate the degree of likelihood that the risk factor applies to the patient in question:

- **No:** Does not apply to this patient
- **Maybe/moderate:** Maybe applies/present to a moderately severe degree
- **Yes:** Definitely applies to a severe degree
- **Do not know:** Too little information to answer

	No	Maybe/ moderate	Yes	Do not know
1. Previous and/or current violence <i>Severe violence refers to physical attack (including with various weapons) towards another individual with intent to inflict severe physical harm. Yes: The individual in question must have committed at least 3 moderately violent aggressive acts or 1 severe violent act. Moderate or less severe aggressive acts such as kicks, blows and shoving that does not cause severe harm to the victim is rated Maybe/moderate.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Previous and/or current threats (verbal/physical) <i>Verbal: Statements, yelling and the like, that involve threat of inflicting other individuals physical harm. Physical: Movements and gestures that warn physical attack.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Previous and/or current substance abuse <i>The patient has a history of abusing alcohol, medication and/or other substances (e.g. amphetamine, heroin, cannabis). Abuse of solvents or glue should be included. To rate Yes, the patient must have and/or have had extensive abuse/dependence, with reduced occupational or educational functioning, reduced health and/or reduced participation in leisure activities.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Previous and/or current major mental illness <i>NB: Whether the patient has or has had a psychotic disorder (e.g. schizophrenia, delusional disorder, psychotic affective disorder). See item 5 to rate personality disorders.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Personality disorder <i>Of interest here are eccentric (schizoid, paranoid) and impulsive, uninhibited (emotionally unstable, antisocial) types.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>
6. Shows lack of insight into illness and/or behaviour <i>This refers to the degree to which the patient lacks insight in his/her mental illness, with regard to for instance need of medication, social consequences or behaviour related to illness or personality disorder.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>
7. Expresses suspicion <i>The patient expresses suspicion towards other individuals either verbally or nonverbally. The person in question appears to be "on guard" towards the environment.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>
8. Shows lack of empathy <i>The patient appears emotionally cold and without sensitivity towards others' thoughts or emotional situation.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>
9. Unrealistic planning <i>This assesses to which degree the patient him/herself has unrealistic plans for the future (inside or outside the inpatient unit). Is for instance the patient him/herself realistic with regard to what he/she can expect of support from family and of professional and social network? It is important to assess whether the patient is cooperative and motivated with regard to following plans.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>
10. Future stress-situations <i>This evaluates the possibility that the patient may be exposed to stress and stressful situations in the future and his/her ability to cope with stress. For example (in and outside inpatient unit): reduced ability to tolerate boundaries, physical proximity to possible victims of violence, substance use, homelessness, spending time in violent environment/association with violent environment, easy access to weapons etc.</i>	No <input type="checkbox"/>	Maybe/ moderate <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Do not know <input type="checkbox"/>

Overall clinical evaluation

• Based on clinical judgement, other available information and the checklist:

• How great do you think the violence risk is for this patient? *(Put a check in one of the boxes)*

LOW	MODERATE	HIGH
------------	-----------------	-------------

• Suggestion following overall clinical evaluation:

(Put a check in one of the boxes)

NO MORE DETAILED VIOLENCE RISK ASSESSMENT	MORE DETAILED VIOLENCE RISK ASSESSMENT
--	---

IMPLEMENTATION OF PREVENTIVE MEASURES

Justifications/reasons/arguments should be detailed in patient record and/or discharge summary

10.2 E-MAIL DE AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA A ELABORAÇÃO DA PESQUISA



John Olav Roaldset <johnolr@gmail.com>
para Bjørkly, Carl, mim ▾

qua., 26 de jan. de 2022, 08:58



 Traduza para o português ×

Dear Anna Cunha,

Your project looks very interesting! The procedure of the back and forth translation of the English version looks nice, and so does the rest of your program.

We want you to send us a copy of the final edition of the Portuguese translation when it is ready, and an approval of the translation from your supervisor.

Good luck with the translation and with your work!

Best regards

John Olav Roaldset

Overlege, PhD, Regionalt kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus, Helse Sør-Øst

Psychiatrist, PhD, Centre of research and education in forensic psychiatry, Oslo University Hospital, Norway

+47 22 02 92 20 / + 47 970 18 074

Postadresse: Boks 452, 6001 Ålesund

10.3 CARTA DE ANUÊNCIA:

05/08/2022 09:18

SEI/SEDE - 23306958 - Carta - SEI



Carta - SEI nº 94/2022/SGPITS/GEP/HC-UFMG-EBSERH

Belo Horizonte, 04 de agosto de 2022.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "**GERENCIAMENTO DO RISCO DE VIOLÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**", sob a responsabilidade da Pesquisadora Principal **AMANDA MÁRCIA DOS SANTOS REINALDO**.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte da pesquisadora, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

ISABELA NASCIMENTO BORGES

CHEFE DO SETOR DE GESTÃO DA PESQUISA E DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE

Documento assinado eletronicamente por **Isabela Nascimento Borges, Chefe de Setor**, em 04/08/2022, às 15:45, conforme horário oficial dehttps://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=37170164&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110005262&infra_hash=01... 1/2

05/08/2022 09:18

SEI/SEDE - 23306958 - Carta - SEI

Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **23306958** e o código CRC **DC6E6BDF**.

Referência: Processo nº 23537.019689/2022-15 SEI nº 23306958

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=37170164&infra_sistema=100000100&infra_unidade_atual=110005262&infra_hash=01... 2/2

10.4 PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento do risco de violência em saúde mental

Pesquisador: Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58327822.6.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.677.162

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de validação que pretende realizar a adaptação transcultural da escala Violence Risk Screening – 10 (V-Risk-10) para o português (Brasil) e avaliação da confiabilidade desta versão adaptada do instrumento em uma amostra de usuários de serviços de saúde mental. As etapas para adaptação da escala incluem: 1) Tradução do instrumento em inglês para a língua portuguesa (Brasil), conduzida por dois tradutores independentes e fluentes em inglês; 2) síntese das versões traduzidas com discussão, a ser realizada por dois profissionais especialistas na área e os pesquisadores responsáveis, a fim de avaliar equivalência semântica, equivalência idiomática, equivalência experiencial e equivalência conceitual; 3) análise teórica dos itens que incluirá: análise dos juizes: revisão da síntese por especialistas; análise semântica com avaliação pela população-alvo; 4) retrotradução do instrumento a ser realizada por outros dois tradutores independentes, seguida pela síntese das duas versões retraduzidas e apresentação deste resultado aos autores do instrumento original; 5. Estudo-piloto – análise empírica dos itens – aplicação do instrumento em pacientes com transtorno mental. A etapa 3, de análise teórica, será conduzida com uma amostra de 20 usuários de serviços de saúde mental e a etapa 5, estudo-piloto, será com uma amostra de 40 pacientes do setor de Psiquiatria do Ambulatório Borges da Costa, pertencente ao Hospital das Clínicas de Minas Gerais, na cidade de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão serão: pacientes residentes na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, com idade entre 18 e 80 anos, com capacidade física e mental para informar seu consentimento, bem como responder ao questionário

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º. Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.677.162

proposto. Os critérios de exclusão são: alterações cognitivas, intelectuais ou problemas auditivos que não permitam a compreensão do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito pelos pesquisadores, o objetivo primário da pesquisa é "Realizar a adaptação transcultural para o português (Brasil) e validação da escala V-Risk-10 para portadores de transtornos mentais e avaliação dos aspectos psicométricos resultantes" e os objetivos secundários são "realizar revisão sistemática da literatura científica nacional e internacional sobre risco de violência do paciente portador de sofrimento mental e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação em saúde; levantamento de características sociodemográficas e epidemiológicas dos pacientes psiquiátricos em serviços de manutenção dos cuidados em saúde mental; avaliar a confiabilidade da versão adaptada da V-Risk-10 em uma amostra de usuários de serviços de saúde mental".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos de participação no estudo incluem possível desconforto devido ao tempo necessário para responder ao protocolo estudo e constrangimento em relação a alguma questão específica do instrumento. Para reduzir estes riscos, os pesquisadores informaram que os aplicados serão treinados para ser empáticos e expressarem respeito quanto a vontade dos participantes.

Conforme informações no TCLE, a pesquisa não trará benefícios diretos para os participantes, mas indiretamente contribuirá para que, futuramente, os profissionais da saúde melhorem o ambiente e as estratégias para prevenir situações de grandes agitações com os pacientes".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores apresentaram projeto e documentação atualizada com ampliação da descrição dos procedimentos e etapas da pesquisa que antes não estavam descritas de forma suficientemente clara. Contudo, documentos de anuência para realização da pesquisa e algumas das correções no TCLE ainda estão pendentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliados e considerados os seguintes documentos enviados em resposta ao parecer 5.507.522 emitido pelo CEP-UFMG:

- TALE

- Carta resposta contendo justificativas e esclarecimentos para os procedimentos questionados feitos pelo CEP e detalhamento das revisões feitas nos documentos enviados.

Foram consideradas insuficientes às modificações nos seguintes documentos enviados em

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2º Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.677.182

resposta ao parecer 5.507.522 emitido pelo CEP-UFMG:

- Informações básicas do projeto. No documento atualizado, as informações não foram adequadas conforme solicitações do CEP (ver lista de pendências na última seção deste parecer).
- O TCLE revisado ainda precisa de revisão (ver lista de pendências na última seção deste parecer)
- Não foi enviado anuência do setor/ambulatório onde será realizada a pesquisa e a anuência da Gerência de ensino e Pesquisa do HC/UFMG para realização da pesquisa. Os pesquisadores justificaram informando que, a partir da solicitação do CEP, fizeram a solicitação, que se encontra com status de "Aguardando autorização do setor responsável". Contudo, a documentação que comprova que o processo de solicitação foi iniciado também não foi enviada.

Recomendações:

Ver "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências:

- Enviar anuência do setor de Psiquiatria do Ambulatório Borges da Costa e da Gerência de ensino e Pesquisa do HC/UFMG para realização da pesquisa.
- Adequar as informações básicas do projeto na Plataforma Brasil. No documento atualizado, as informações não foram adequadas conforme solicitações do CEP e continuam ausentes as informações sobre os benefícios do estudo e com um cronograma que não apresenta todas as etapas da pesquisa. Necessário ainda, detalhar da amostra total de 100 participantes, quais são as quantidades de participantes por etapa do estudo.

Pendências no TCLE:

- Corrigir a informação sobre quem deve assinar o TALE, pois informa: "Os participantes que apresentam condições que prejudiquem o entendimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão estar acompanhados por um representante legal, o qual assinará o Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)". A instrução deve ser a de que os participantes que apresentam condições que prejudiquem o entendimento do TCLE assinarão o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e seus representantes legais assinarão o TCLE.
- Explicitar quais são as demais etapas do projeto descritas na seguinte frase: "Com exceção dos riscos mencionados anteriormente, as demais etapas do projeto não oferecem riscos potenciais à saúde e ao seu bem-estar".

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.677.162

- Esclarecer quais são os "exames" mencionados na seguinte frase: Você não terá nenhuma despesa, sendo de responsabilidade dos pesquisadores os gastos com impressão, cópias, realização de exames ou com qualquer outra eventualidade.

- Na frase "Caso você aceite participar, será necessário responder a um questionário e uma entrevista com duração média de 30 minutos", acrescentar informações sobre o conteúdo do questionário e da entrevista, esclarecendo que o participante responderá às questões do Instrumento V-RISK-10 sobre risco de violência e dará informações sociodemográficas e sobre sua saúde mental.

- numerar as páginas

- incluir espaço em todas as páginas do documento, indicando que devem ser rubricadas, exceto na página com espaço as assinaturas

Pendente para resolução das pendências enumeradas neste parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dúvida a incluir na seção "a critério do CEP": Fique em dúvida se seria necessário ser cobrado um TCLE para o responsável legal com um texto que informe que está dando consentimento para o paciente que ele está acompanhando. Não cobrei porque o TCLE enviado informa que o paciente sem condições assina o TALE e seu responsável assinará o TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1925141.pdf	03/08/2022 23:32:08		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	03/08/2022 23:31:02	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Aceito
TCLE / Termos de	TALE.pdf	03/08/2022	Amanda Márcia dos	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2ª Sala 2005 2º Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coop@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.677.162

Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	23:30:04	Santos Reinaldo	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	03/08/2022 23:29:34	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/08/2022 23:28:03	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Acelto
Outros	Pareceramaradepartamental.pdf	01/05/2022 23:51:05	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	04/04/2022 13:27:19	Amanda Márcia dos Santos Reinaldo	Acelto

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 30 de Setembro de 2022

Assinado por:
Crissia Carem Paiva Fontalinha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 ç 2º. Andar ç Sala 2005 ç Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br