

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

ATIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO AUTO E HETEROAGRESSIVO

Olga Valentim | Carlos Laranjeira | Ana Querido

FICHA TÉCNICA

Título:

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Organização:

Ana Querido | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>
Catarina Tomás | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>
Carlos Laranjeira | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>
Daniel Carvalho | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5058-525X>
José Carlos Gomes | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4089-1034>
Olga Valentim | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Design gráfico, capa e paginação:

Dos autores

1ª Edição de 2020

ISBN: *****(e-book)

DOI: <https://doi.org/10.25766/zn76-2w06>

Reservados todos os direitos

Escola Superior de Saúde de Leiria

Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Leiria

2020

ATIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO AUTO E HETEROAGRESSIVO

Olga Valentim¹; Carlos Laranjeira¹; Ana Querido¹

¹PhD; MSc, MHN

Objetivos educacionais

Pretende-se que no final deste capítulo o estudante seja capaz de:

- Definir e diferenciar os vários tipos de comportamento agressivo;
- Discutir fatores predisponentes à expressão mal adaptativa de raiva ou agressividade;
- Avaliar, diagnosticar e intervir em clientes que expressam raiva ou agressão;
- Incentivar o debate e a reflexão sobre o isolamento e a contenção como intervenções terapêuticas em enfermagem.

Como todas as emoções, a agressividade é natural no ser humano e todos a vivenciam em maior ou menor intensidade. A agressividade manifesta-se nos primeiros anos de vida e ao longo do ciclo de vida por múltiplas razões.

A raiva não é necessariamente uma emoção negativa, desde que se expresse de forma assertiva e que promova a resolução da situação. Porém, quando se perde o controlo da raiva ocorre o comportamento agressivo/violento.

Townsend¹ define:

Raiva: Estado emocional que varia de intensidade desde a irritação ligeira até à fúria e raiva intensas. *É acompanhada por alterações fisiológicas e biológicas, como aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, e dos níveis da hormona epinefrina e norepinefrina (p.263).*

Agressão: Comportamento com intensão de ameaçar ou ferir a segurança ou autoestima da vítima. Significa “ir contra”, “agredir” ou “atacar”. É uma resposta que tem como objetivo infligir dor ou lesão a objetos ou pessoas. Quer o dano seja causado

por palavras, punhos ou armas, o comportamento é virtualmente sempre designado por castigo. *É frequentemente acompanhado de amargura, maldade e ridicularização. Uma pessoa agressiva é frequentemente vingativa* (p.263).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais suscetíveis de serem alvo de agressão verbal². Segundo Bjorkdahl³ a complexidade da violência originada pelos utentes sugere que as respostas dos enfermeiros devem ter uma abordagem compreensiva e baseada na prevenção, e em medidas que impeçam a escalada da violência.

Björkdahl³ e Cornaggia et al.⁴ enfatizam as estratégias comunicacionais como um procedimento necessário para o controlo dos comportamentos agressivos e impedir a escalada da violência.

Como referem Watzlawick, Beavin e Jackson⁵, não se pode não comunicar: numa interação todo o comportamento tem valor de mensagem, e é comunicação. Portanto toda a comunicação assume relevância no relacionamento humano. Segundo Phaneuf⁶, a comunicação não-verbal tem de estar em consonância com a verbal. É necessário haver congruência entre o que se diz e sente, uma vez que o utente se apercebe e poderá interferir na relação terapêutica.

GESTÃO DE COMPORTAMENTO

O Fenómeno do Comportamento Agressivo

O comportamento agressivo é próprio da espécie humana e apresenta múltiplas configurações. Pode ser expresso/manifestado pelas vias:

- **Motora** - através de movimentos de ataque ou fuga;
- **Emocional** - experiência de raiva e ódio;
- **Somática** - taquicardia, cara ruborizada, outras reações autónomas;
- **Cognitiva** - através de crenças de conquista sem olhar a meios, planos de ação que envolvem a manipulação do meio;
- **Verbal** – uso do sentido das palavras para expressar controle em relação aos outros⁷.

O comportamento agressivo, cumpre uma função no âmbito e contexto em que ocorre. Significa que o indivíduo tenta obter o controle do seu ambiente através de comportamentos como gritar, ameaçar, partir objetos ou insultar⁷.

Comportamento agressivo-passivo - Evadir; ignorar; indisposição; relapso; vitimizar; obstruir; ambiguidade; culpa forçada...

Variáveis precursoras de comportamentos agressivos:

- **Características pessoais** - Idade; sexo; nível educacional; personalidade (nível de resiliência; locus controle; padrão de personalidade tipo A; variáveis do *self*; estratégias de *coping*; neuroticismo; perfeccionismo); sentido de coerência; motivação; idealismo.
- **Características organizacionais** - Ambiente físico; mudanças organizacionais; normas institucionais; clima; burocracia; comunicação; autonomia; recompensas; segurança.
- **Características ocupacionais** - Tipo de ocupação; tempo de profissão; tempo na organização; trabalho por turnos ou noturno; sobrecarga; relacionamento entre os colegas de trabalho; assédio moral (*mobbing*); relação profissional-cliente; tipo de cliente; conflito de papéis; suporte organizacional; satisfação; nível de controle, autonomia; responsabilidade; pressão; possibilidade de progresso; percepção de iniquidade; conflito com valores pessoais; falta de *feedback*.
- **Características sociais** - Suporte social; suporte familiar; cultura; prestígio.

Causas do comportamento agressivo

- Stresse
- Raiva
- Medo

FASE 1 -MEDIDAS PREVENTIVAS (permitem evitar o potencial de agressividade)

1.1. Autoconhecimento

- Utilização do *Self*

- Exercícios de auto percepção, autoconfiança, exploração dos medos, consciência do comportamento não-verbal e verbal

- Gerir o estado mental

- Técnicas de relaxamento rápidas, programadas
- Reflexão sobre situações de zanga, irritação
- Reexperiência de situações

- Respostas Comportamentais

- Análise das capacidades de comportamento passivo, assertivo e agressivo (verbal e não verbal)
- Treino de assertividade (fichas de autodiagnóstico)

1.2. Monitorização

- Observação do comportamento do utente e contexto

Use instrumentos de observação (grelha de fatores de risco, hierarquia dos comportamentos agressivos, sinais de alarme), em 4 pontos fulcrais:

- Postura
- Discurso
- Atividade Motora
- História prévia de agressão

Instrumentos de observação:

- *Brøset Violence Checklist* (traduzida e validada para Portugal por Marques⁸) trata-se de um instrumento que visa a identificação do nível de risco de violência iminente. Composto por seis itens, designadamente: confusão, irritabilidade, impetuosidade, agressão física, agressão verbal e agressão contra objetos;
- Instrumento de Avaliação de Agressividade⁹;
- *Overt Agression Scale* (OAS) - Escala de Agressão Evidente¹⁰.

1.3. Educação

- Ensino sobre expressão adequada da “zanga”

- Ajudar a identificar a zanga (dramatização da expressão verbal e não verbal);
- Controlo em frente ao espelho da postura e expressões faciais;
- Controlo da voz;
- Estabelecer contato visual
- Identificar estratégias alternativas de expressão da zanga (Relaxamento, exercício físico, atividades de distração, treino de assertividade)

FASE 2 – MEDIDAS ANTECIPATÓRIAS (permitem diminuir o potencial de agressão) –

Avaliação do Risco

2.1. Comunicacionais

a) ***De-escalation techniques***¹¹ (Uso de competências específicas que permitam diminuir ou evitar a escalada de agressividade e redução de tensão).

Dar Suporte:

- Aceitar a “zanga” do utente, e compreensão pelas suas preocupações
- Empatizar com sentimentos e não com comportamentos
- Perguntar como se sente? Como pode ajudar a resolver a situação?
- Perguntar o que causa a sua “zanga”
- Responder a gestos conciliatórios
- Usar orientação para a realidade (local, horas espaço)
- Ajudar o utente a compreender o seu comportamento
- Relembrar o utente das consequências do comportamento inapropriado
- Oferecer alternativas

Dar Tempo:

- Para utente pensar sobre a situação
- Para rever a intervenção
- Para responder sem o apressar
- Para escutar e verificar os sinais não-verbais

Cuidados a ter:

- Não retaliar, não provocar nem criticar
- Não prometer mais do que pode oferecer
- Não punir pela sua “zanga”
- Não ser agressivo ou gritar
- Não cercar o utente ou tentar tocar
- Não sorrir
- Não usar gestos ameaçadores, nervosos ou súbitos
- Não se inclinar
- Não cruzar os braços, não colocar mãos escondidas ou nas ancas.
- Não intervir sem apoio

Tom de voz: Baixo e calmo.

Linguagem: Simples, frases curtas e concretas, referindo o comportamento esperado.

Postura:

- Firme, sem assumir posição autoritária
- Calma, tranquila e assertiva
- Mãos devem estar abertas e fora dos bolsos

Posição:

- Equilíbrio (pé à frente 90º)
- 1 m de distância mínima (zona de segurança)
- Alterar a posição de forma a que os olhos do enfermeiro fiquem ao mesmo nível dos do utente.

Observação de comportamento verbal/ não verbal de utente: punhos, tensão músculos faciais, movimentos corporais.

Facilitação do discurso do utente: Escutar, evitando interpretações

b) Sincronização (*slowdown*)¹²

- Separação física de outros utentes
- Encontro com utente, assumindo a proximidade adequada
- Modulação: entoação de voz; postura corporal; gestos

2.2. Ambientais

a) Estimulação

- **Visual:** luz natural dispersa; se artificial evitar luz fluorescente
- **Auditiva:** música relaxante, som de rádios, TV
- **Decorativa/arquitetónica:** diferentes temas decorativos, hospital vs casa, mobiliário resistente fixo e não-inflamável, sofás confortáveis, áreas de observação, compartimentação, salas de espera, de estar e lazer

b) Normas e Regras

- Ambiente estruturante,
- Atividades em grupo

2.3. Comportamentais

- a)** Estabelecimento de limites - referir o que é aceitável, e não as consequências de um comportamento inaceitável. Discurso claro, assertivo e não punitivo.
- b)** Contratos - contratos comportamentais (p. ex, saídas, leituras, entre outras)
- c)** Afastamento - remoção de estímulos
- d)** Sistema de recompensas - reforço positivo
- e)** Adesão Terapêutica - Estratégias educativas, ato não punitivo ou manipulador
- f)** Gestão Terapêutica - Tomada de decisão

2.4. Psicofarmacológicas

a) Adesão e Gestão do plano farmacológico

FASE 3 – MEDIDAS DE CONTENÇÃO (permitem responder à situação de agressividade)

Antes de se utilizar o isolamento ou contenção na gestão do comportamento agressivo, a intervenção verbal deve ser considerada. Na situação de emergência, os técnicos de saúde devem ser em número adequado e devem estar treinados para implementar de forma apropriada e segura as técnicas eficazes de isolamento e contenção. Toda esta atuação deve ser realizada em local discreto, respeitando a privacidade do doente a imobilizar e protegendo também, desta forma, os outros doentes do contacto com a agressividade da situação¹¹.

A decisão da imobilização não é tomada de ânimo leve, é uma decisão refletida, tendo em consideração toda a avaliação da situação clínica do doente, respeitando a sua integridade física, a sua privacidade e a sua dignidade como pessoa.

A vigilância e avaliação contínuas do doente, estão sempre inerentes a esta tomada de decisão assim como os princípios éticos da profissão. As boas práticas devem estar presentes de modo a respeitar a integridade física do cliente e também todos os seus direitos como pessoa humana.

Contenção Ambiental

- Quarto de Isolamento
- Alternativas ao quarto de isolamento

Contenção Química

- Psicofarmacologia

Contenção Física

- Técnicas de autodefesa
- Técnicas de imobilização

Contenção Mecânica

- Cintos de contenção
- Imobilizadores
- Coletes de contenção

GESTÃO E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS

Os internamentos involuntários são considerados fatores de risco de comportamentos agressivos, uma vez que os indivíduos ficam privados da sua liberdade numa fase aguda da sua doença. Similarmente a ausência de juízo crítico/insight é considerado um fator de risco uma vez que a falta de crítica da pessoa para a sua doença aumenta a renitência às intervenções, nomeadamente para as intervenções comunicacionais¹³.

Neste sentido, a Lei de Saúde Mental, de 24 de Julho de 1998, estabelece princípios gerais que regulam as normas do internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente de pessoas com doença mental (Artigo 1º). Embora a pessoa com doença mental tenha direito à sua autodeterminação e liberdade (ao consentimento informado) e não possa ser submetida a tratamento contra a sua vontade, existem situações de carácter excecional em que é possível promover e decretar o internamento compulsivo (Artigo 7º). Trata-se de uma intervenção de última linha nos indivíduos que manifestam perturbações mentais graves e recusam tratamento, fundamentada nos princípios de necessidade terapêutica e de proteção social. Acresce ainda a necessidade de continuar a trabalhar na comunidade, através das equipas comunitárias de saúde mental, na implementação de estratégias individuais e coletivas que visem reduzir o número de internamentos compulsivos¹⁴.

Existe evidência de que o recurso à contenção é uma das práticas mais frequentes a nível internacional para cuidar dos utentes com comportamento de risco em relação a si próprio ou aos que o rodeiam. Dos diversos estudos realizados sobre esta temática sobressai a necessidade de prevenir incidentes e eventos adversos associados às medidas de contenção ⁽¹²⁻¹⁴⁾. Paralelamente estão documentados os benefícios que podem resultar da formação em contexto de trabalho para a promoção da segurança no recurso a este tipo de medidas.

DEFINIÇÕES

Contenção terapêutica: medida utilizada para controlar a atividade física ou comportamental de uma pessoa ou parte do seu corpo durante a prestação de cuidados

de saúde, visando melhorar a condição de saúde e a prevenção de complicações. O objetivo da contenção terapêutica é otimizar a segurança do utente e de quem o rodeia, mantendo simultaneamente e dentro do possível, o seu conforto e dignidade.

Contenção ambiental: recurso a alterações que controlam a mobilidade do utente. Pode ser uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o utente pode deambular em segurança, com supervisão clínica.

Contenção física: situação em que uma ou mais pessoas da equipa terapêutica seguram um utente, deslocam ou bloqueiam o seu movimento para impedir a exposição a uma situação de risco.

Contenção mecânica: utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do utente.

Contenção química ou farmacológica: medicação psicoativa que visa inibir um movimento ou comportamento em especial (Orientação da DGS nº: 021/2011 de 06/06/2011)

O recurso a medidas de contenção deve ter lugar após uma avaliação do risco clínico. Os utentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção, quando:

1. Manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos.
2. Recusem tratamento compulsivo, nos termos legais.
3. Recusem tratamento vital, urgente.

O profissional de saúde deve desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunica a situação à equipa de saúde. A equipa deve decidir qual a medida mais adequada para a continuidade de cuidados e assegura a sua prescrição e reavaliação. Cada situação em que houve recurso a medidas de contenção deve ser objeto de análise da sua adequação pela equipa de saúde.

ORIENTAÇÕES GERAIS

Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve definir um padrão de atuação interna sobre os procedimentos de aplicação de medidas de contenção, enquadrado nas Orientações da DGS (2011) e de acordo com as especificidades dos cuidados que presta.

A utilização de medidas de contenção e confinamento devem ser vistas pelos profissionais de saúde como incidentes para a segurança do utente. Considerando as alternativas e o impacto que a contenção tem na liberdade, autodeterminação e dignidade do utente, deve ser considerada como último recurso pelos profissionais de saúde, depois de esgotadas as medidas alternativas. Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do utente com a menor restrição possível. A aplicação de medidas de contenção deve ponderar os riscos de lesão associada à sua utilização (físicos, psicológicos, éticos), as alternativas menos restritivas e pelo menor tempo possível. A formação é ministrada, sempre que possível, na admissão dos profissionais e em sessões de atualização no máximo a cada três anos.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS (Orientação da DGS nº: 021/2011 de 06/06/2011)

As medidas de contenção devem, ainda, salvaguardar a especificidade de cuidados dos utentes em concreto (adultos, crianças, grávidas, idosos). Todos os profissionais devem receber formação sobre:

1. Técnicas preventivas à contenção;
2. Técnicas de contenção;
3. Aplicação correta dos instrumentos de contenção;
4. Como cuidar do utente que necessite de contenção

Um ambiente terapêutico com menor recurso a medidas de contenção significa que foram esgotadas as medidas alternativas ao seu recurso. São exemplos de medidas alternativas ou de prevenção, não excluindo outras possíveis, as seguintes:

1. Presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao utente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto;

2. Contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza;
3. Modificar o contexto, procurando oferecer um ambiente calmo e seguro;
4. Recorrer à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa;
5. Convidar e organizar atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do utente;
6. Tratamento farmacológico.

SITUAÇÕES DANOSAS (Orientação da DGS nº: 021/2011 de 06/06/2011)

As situações em que pode resultar dano para o utente, devido a falhas de aplicação de medidas de contenção mais descritas, são:

a) Seleção do utente: Para alguns utentes a aplicação de uma medida de contenção pode desencadear maior agitação;

b) Abuso na utilização: As medidas de contenção são um último recurso e depois de ponderada a relação risco/benefício. A utilização destas medidas deve ter como resultado o melhor interesse do utente.

c) Acompanhamento inadequado: O recurso a estas medidas é abusivo se visa a redução da vigilância do utente.

A contenção por um longo período pode resultar em vários problemas de saúde, dependendo do mecanismo adotado e do utente. Tipo ou utilização incorreta de dispositivo de contenção: A escolha do dispositivo inadequado para o caso concreto, no tamanho errado ou de forma inadequada aumenta a possibilidade de ocorrência de incidentes com dano para o utente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Assegurar que no processo clínico do utente são obrigatoriamente registados os seguintes elementos:

1. Avaliação do estado clínico do utente que determinou a necessidade de contenção;

2. Medidas preventivas iniciadas e o seu impacto;
3. Descrição das diferentes medidas de contenção analisadas com o utente ou quem por ele decida;
4. Profissionais envolvidos na tomada de decisão das medidas de contenção;
5. Avaliações subsequentes à colocação da medida de contenção. Incluem a evolução do estado do utente e o rastreio de lesões associadas à colocação das medidas de contenção;
6. Revisão do plano de cuidados como consequência da medida de contenção.

O utente deve ser informado e tranquilizado quanto à necessidade da medida de contenção. Também a família/pessoa significativa do mesmo deve ser informada da adoção das medidas de contenção.

Propõe-se no apêndice I uma sistematização de orientações para a intervenção do enfermeiro a nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos tendo em consideração a avaliação do risco de violência pela escala *Brøset Violence Checklist*.

CONTENÇÃO MECANICA (Orientação da DGS nº: 021/2011 de 06/06/2011)

DEFINIÇÃO

Utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do utente.

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

Na aplicação de medidas de contenção, deve-se:

1. Esgotar as medidas preventivas.
2. Obter sempre que possível o consentimento do utente.
3. Obter sempre que possível o consentimento da família ou pessoa significativa do utente.
4. Esclarecer o utente do que vai ser feito e porquê.

5. Ajustar a medida de contenção à situação do utente.
6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.
7. Vigiar o utente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.
8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.
9. Retirar a medida de contenção assim que possível.
10. Registrar os procedimentos no processo clínico.

CONTENÇÃO MECÂNICA (Orientação da DGS nº: 021/2011 de 06/06/2011)	
<p>Utilização de material específico concebido e aprovado O Enfermeiro informa da necessidade da utilização dos dispositivos e qual a sua finalidade função e tempo (mínimo). O Enfermeiro assegura-se da garantia do material e o seu uso conforme instruções do fabricante.</p> <p>Material específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faixas (pulso/pés) - Cintos de Contenção - Imobilizadores - Coletes 	
ETAPAS	FUNDAMENTAÇÃO
1. Esgotar as medidas preventivas.	Observa o princípio clínico e terapêutico de utilização inicial e complementar de estratégias e medidas comunicacionais, ambientais e químicas.
2. Obter o consentimento do utente.	Obter o consentimento do utente ajuda a aceitar o procedimento traumático. Transmite respeito e consideração pela sua dignidade como pessoa.
3. Obter, sempre que possível, o consentimento da família ou pessoa significativa do utente.	Obter o consentimento da família/pessoa significativa ajuda a compreender a necessidade do procedimento e aceitá-lo como terapêutico, minimizando sentimentos de culpa, insegurança. Transmite profissionalismo, respeito e consideração pela dignidade de todos.
4. Esclarecer o utente do que vai ser feito e porquê.	Informar e esclarecer dúvidas e responder a perguntas, sobre o procedimento diminui a ansiedade, incertezas/dúvidas e ajuda a diminuir sentimentos de medo e raiva, e minimizar impacto negativo do procedimento. Justificação da medida é apaziguadora.

5. Ajustar a medida de contenção à situação do utente.	Ajustar a medida de contenção à especificidade, características e individualidade da pessoa, minimizar impacto negativo do procedimento, e observa o princípio de restrição /contenção mínima.
6. Cumprir as instruções do fabricante na aplicação do mecanismo de contenção.	Garante a segurança da pessoa.
7. Vigiar o utente sujeito a medidas de contenção com a frequência que o seu estado ditar.	Garante a segurança e as necessidades da pessoa.
8. Reavaliar a necessidade da medida de contenção e a possibilidade de a substituir por uma medida menos limitativa.	Observa princípios clínicos e terapêuticos de restrição /contenção; utiliza medidas o menos restritivas possível durante o menor tempo possível.
9. Retirar a medida de contenção assim que possível.	Observa princípios clínicos e de restrição/contenção; utiliza medidas o menos restritivas possível durante o menor tempo possível.
10. Registrar os procedimentos no processo clínico	Registo de medida terapêutica. Documenta o dia, hora, contexto, características do episódio e as medidas de contenção necessárias, para memória e análise clínica futura.

Autoconhecimento - Exercício pratico

(10 min) (Sentado numa cadeira, com/sem música)

1 - Exercícios de Reflexão:

- a) Assinale/escreva 3 situações que lhe causam raiva
- b) Pense na última situação em que perdeu o controlo de si-mesmo, tente lembrar-se de todos as pessoas /participantes envolvidos, e detalhes do contexto em que ocorre (cheiros, ruídos, cheiros, etc.)

Questionário de Agressividade (Buss & Perry, 1992)

link: <https://psychology-tools.com/test/buss-perry-aggression-questionnaire>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª edição). (S. C. Rodrigues, Trad.). Loures, Lusociência.
2. Stone, T., McMillan, M., Hazelton, M., & Clayton, E., (2011). Wounding words: swearing and verbal aggression in an inpatient setting. *Perspectives in Psychiatric care*, 47: 194-203.
3. Björkdahl, A. (2010). *Violence prevention and management in acute psychiatric care: Aspects of nursing practice*. Department of clinical neuroscience. Karolinska Institute: Stockholm (Sweden). Recuperado a 20 de outubro de 2019 em <https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/40284/Anna%20Bj%C3%B6rkdahl%20ramber%C3%A4ttelse%20doc%20-%20genv%C3%A4g%20lnk.pdf?sequence=1>
4. Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F. (2011) Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189 (1): 10-20. Recuperado a 5 de dezembro de 2019 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236497>
5. Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). *A pragmática da comunicação humana* (9.ª ed.). São Paulo: Culturix.
6. Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
7. Fariz, M., Mías, C. & Moura, C. (2005). Comportamento agressivo e terapia cognitivo-comportamental na infância. In V. Caballo, & M. Simon (Orgs.). *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: Transtornos específicos* (pp. 57-75). São Paulo: Santos.
8. Marques, M., Bessa, A., Neves, G., Santos, L. & Carvalho, S. (2015). Assessment of the risk of violence in portuguese psychiatric settings using the Brøset Violence Checklist. *Sociology Study*, 5(5), 360-370.

9. Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
10. Silver, J. M., & Yudofsky, S. C. (1991). The Overt Aggression Scale: overview and guiding principles. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 3(2): S22-S29.
11. Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2007). Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes - Contenção física. Circular normativa Nº08/DSPSM/DSPCS de 25/05/07.Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado a 10 de outubro de 2019, em <http://www.esscvp.eu/Portals/0/Medidas%20Preventivas%20de%20Comportamentos%20Agressivos-Violentos%20de%20Doentes%20-%20Conten%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica.pdf>
12. Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
13. Silva, C., Veloso, J., Piteira, R., Dias, S. & Silva M. (2010). O Enfermeiro na prevenção da violência da pessoa com doença mental. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM (1ª Edição)*.
14. Bowers, L. (2009). Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*, 60(2): 231-239.
15. International Council of Nurses [ICN] (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP)*, versão 2015. Versão portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE I - Intervenção de enfermagem ao nível da prevenção e gestão dos comportamentos agressivos, tendo por base a avaliação do risco de violência

Predição do risco de agressividade pela BVC (Marques ⁸)	Diagnóstico de Enfermagem (versão CIPE ¹⁵)	Intervenções de enfermagem
RISCO BAIXO (SCORE = 0)	Risco de violência, em grau reduzido	<ul style="list-style-type: none"> • Observação e identificação de sinais de alarme; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Desenvolver escuta ativa; • Identificar com o cliente eventuais estímulos; • Dessincronização para outro espaço (jardim); • Técnicas de distração e dessensibilização (<i>slowdown</i>).
RISCO MODERADO (SCORE 1- 2)	Risco de violência, em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Observação intermitente; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Desenvolver escuta ativa; • Dessensibilização da pessoa doente através da realização de intervenções psicoterapêuticas do tipo psicossocial; • Definição de limites (relembrar as normas do serviço); • Dessincronização para outro espaço que permita privacidade (<i>Time-out</i>); • Redução da estimulação ambiental; • Técnicas de reforço comportamental diferenciado; • Técnicas do tipo comportamental – programação hoje/amanhã; • Técnicas de redução de stresse: tipos de relaxamento; • Contenção farmacológica; • Contenção Ambiental (isolamento).
RISCO ELEVADO (SCORE >2)	Violência	<ul style="list-style-type: none"> • Observação constante; • Técnicas comunicacionais de inversão da escalada (<i>de-escalation techniques</i>); • Escuta ativa;
	Comportamento agressivo	<ul style="list-style-type: none"> • Contenção Ambiental (isolamento); • Contenção farmacológica; • Contenção Física; • Contenção Mecânica.