

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**AGRESSIVIDADE EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
INTERNADOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Vitor Crestani Calegari

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

AGRESSIVIDADE EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

Vitor Crestani Calegari

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Ciências da Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Angelo Batista Miralha da Cunha

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Crestani Calegari, Vitor
Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados /
Vitor Crestani Calegari.-2013.
94 p.; 30cm

Orientador: Angelo Batista Miralha da Cunha
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2013

1. Agressividade 2. Psicopatologia 3. Internação
Psiquiátrica I. Batista Miralha da Cunha, Angelo II.
Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

AGRESSIVIDADE EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

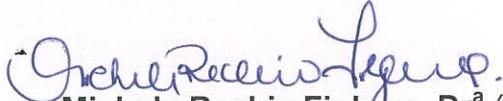
elaborada por
Vitor Crestani Calegari

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:


Angelo Batista Miralha da Cunha, Dr.
(Presidente/Orientador)


Melissa Orlandin Premaor, Dr^a (UFSM)


Michele Rechia Figuera, Dr^a (UFSM)

Santa Maria, 28 de maio de 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram direta ou indiretamente com a realização desta pesquisa, em especial...

...aos pacientes e familiares, pela participação.

...à equipe, pela dedicação, competência e persistência,

...aos enfermeiros e técnicos de enfermagem do PS-PSIQ e da UPG, pelo interesse, participação ativa e fluidez no trabalho em equipe,

...ao Augusto, à Andréia, à Eliara e à Margarete, pelo apoio e prontidão que facilitaram enormemente a realização do trabalho,

...aos colegas residentes pela parceria e disponibilidade,

...à Prof. Anaelena, pelo apoio e orientação na análise estatística,

...à Dra. Hilda, pela participação indireta, mas essencial,

...ao Professor Angelo, pelo ensinamento, inspiração e estímulo constantes,

...à minha família, pela paciência, apoio e compreensão.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

AGRESSIVIDADE EM PACIENTES PSIQUIÁTRICOS INTERNADOS

AUTOR: VITOR CRESTANI CALEGARO

ORIENTADOR: PROF. DR. ANGELO BATISTA MIRALHA DA CUNHA

A agressividade ocorrida durante a internação psiquiátrica gera danos físicos e psicológicos tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde. Diversas pesquisas já foram realizadas no mundo, mas as diferenças culturais, metodológicas e nos locais de execução não permitem a generalização dos resultados para a realidade local. Os objetivos desta pesquisa são: (1) identificar o perfil dos pacientes psiquiátricos internados, (2) determinar a prevalência da agressividade, (3) relacionar fatores de risco com o comportamento agressivo e (4) comparar diferenças psicopatológicas entre os grupos. Trata-se de um estudo transversal, realizado no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria, com os pacientes internados entre agosto de 2012 e janeiro de 2013, que preencheram os critérios de inclusão: (1) internação hospitalar psiquiátrica, e (2) idade entre 18 e 65 anos. Pacientes com diagnóstico de *delirium* foram excluídos. Utilizou-se um formulário de pesquisa, a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica e a Escala de Agressividade Declarada (OAS). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM e os pacientes assinaram TCLE. A amostra foi composta por 137 pacientes. A prevalência de agressividade nas primeiras 24 horas foi de 41,6%; de agressividade verbal, 37,2%; agressividade física, 8,8%; contra objetos, 8,8% e autoagressão, 5,5%. Os principais fatores de risco foram o caráter involuntário da internação, história de qualquer tipo de agressão na semana anterior, história de uso compulsivo de maconha e cocaína, hipótese diagnóstica de transtorno de uso de múltiplas substâncias e tabagismo. Os pacientes agressivos de maneira geral exibiram maior pontuação geral na escala BPRS e nos fatores ativação, distúrbios do pensamento e retraimento-retardo, com menor pontuação no fator ansiedade-depressão. Os sujeitos agressivos fisicamente apresentaram agitação e

comportamento psicótico (alucinatório e delirante) mais grave. Os autoagressivos, além disso, exibiram maior desorientação e desorganização do pensamento, sendo considerados os pacientes mais graves do estudo. Concluiu-se que a agressividade nas primeiras 24 horas de internação está relacionada com a história de comportamento agressivo na semana anterior, história de uso de substâncias e, principalmente, com a gravidade da psicopatologia, sendo mais grave a agressividade quanto mais grave for a psicose e a agitação do paciente. Pacientes muito agitados e com graves sintomas psicóticos devem ser observados com cuidado especial pelo risco iminente de agressão física a outros e autoagressão.

Palavras-chave: Agressividade. Psicopatologia. Internação Psiquiátrica.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Health Sciences Professional Master Program
Universidade Federal de Santa Maria

PSYCHIATRIC INPATIENT AGRESSION

AUTOR: VITOR CRESTANI CALEGARO
ORIENTADOR: PROF. DR. ANGELO BATISTA MIRALHA DA CUNHA

The aggressiveness during the psychiatric hospitalization produces physical and psychological damage for the patients as well as for the health staff. Many researches were accomplished around the world, however the existing differences in cultural, methodological and execution places don't allow generalization to the local reality. The aims of this research are: (1) to identify the profile of psychiatric inpatients, (2) to determine the prevalence of the aggressiveness, (3) to relate risk factors with aggressive behavior, and (4) to compare psychopathological differences among groups. It is a cross-sectional study conducted in the Hospital Universitário de Santa Maria's Psychiatric Service, with patients admitted between August, 2012 and January, 2013, who met the inclusion criteria: (1) psychiatric hospitalization, and (2) age between 18 and 65 years-old. Patients with *delirium* diagnosis were excluded. A research form, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and the Overt Aggression Scale (OAS) were used. The study obtained Research Ethic Committee approval, and the patients signed the informed consent term. The sample was composed by 137 admissions. The prevalence of aggression in the first 24 hours was of 41.6%, for the verbal aggression, 37.2%, for physical and against objects aggression, 8.8% and for the self-aggression, 5.5%. The major risk factors were the involuntary status of hospitalization, history of any type of aggression in the week preceding admission, history of compulsive use of *cannabis* and cocaine, diagnostic hypothesis of multiple substance use and smoking. The aggressive patients in general exhibited higher scores on BPRS, with more activation, thought disturbances and withdrawal-retardation, with less anxiety-depression. The physically aggressive presented more severe agitation and psychotic behavior (hallucinatory and delusive). The self-aggressive ones, besides this, presented more disorientation and disorganized thought, being considered the most severe patients in this study. We concluded that

the aggressiveness is related to the history of aggressive behavior, history of use of substances and, mainly, to the severity of the psychopathology, being the aggression more severe as more severe are the patient's psychosis and agitation. Too agitated patients and with severe psychotic symptoms must be observed with special caution due to the imminent risk of physical aggression against others and self-aggression.

Key-words: Aggressiveness, Psychopathology, Psychiatric Hospitalization

LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Revisão de literatura: estudos contendo prevalência de agressividade nos SEPs	20
Tabela 2.2 – Revisão de literatura: principais artigos contendo prevalência de agressividade nas unidades de internação psiquiátrica	21
Tabela 4.1 – Distribuição das variáveis demográficas entre os sexos	36
Tabela 4.2 – Descrição do uso do serviço entre homens e mulheres	37
Tabela 4.3 – Comparação das características das internações entre os sexos	39
Tabela 4.4 – Prevalência das hipóteses diagnósticas entre os sexos e comparação através do Teste Exato de Fisher	41
Tabela 4.5 – Descrição dos psicofármacos em uso no momento da internação	42
Tabela 4.6 – Estimativa da prevalência de agressividade nas primeiras 24 horas de internação, para a população de pacientes internados no Serviço de Psiquiatria do HUSM	42
Tabela 4.7 – Medidas adotadas para o manejo dos pacientes agressivos nas primeiras 24 horas de internação	44
Tabela 4.8 – Resultados significativos do Teste X^2 , razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) dos fatores de risco para agressividade nas primeiras 24 horas de internação	46
Tabela 4.9 – Resultados do Teste Exato de Fisher para o cruzamento das hipóteses diagnósticas com a agressividade nas primeiras 24 horas de internação	47
Tabela 4.10 – Resultados significativos do Teste Exato de Fisher, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) dos fatores de risco para tipos específicos de agressividade nas primeiras 24 horas de internação	48
Tabela 4.11 – Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos agressivos e não agressivos nas primeiras 24 horas e resultado do Teste U de Mann-Whitney	50
Tabela 4.12 – Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos hostis e violentos nas primeiras 24 horas e resultados significativos do Teste U de Mann-Whitney (n=51)	51
Tabela 4.13 – Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos heteroagressivos e autoagressivos nas primeiras 24 horas e resultados significativos do Teste U de Mann-Whitney (n=53)	51

LISTA DE SIGLAS

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

PS-PSIQ – Pronto Socorro Psiquiátrico

SEP – Serviço de Emergência Psiquiátrica

UPG – Unidade Paulo Guedes

SERDEQUIM – Serviço de Dependência Química

BPRS – Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*)

SIG-BPRS – Entrevista Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica
(*Structured Interview Guide for BPRS*)

OAS – Escala de Agressividade Declarada (*Overt Aggression Scale*)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AA – Sujeitos autoagressivos

AVO – Sujeitos agressivos verbalmente e contra objetos

AF – Sujeitos agressivos fisicamente

FP – Formulário de Pesquisa

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – FORMULÁRIO DE PESQUISA	70
ANEXO II - SIG-BPRS	86
ANEXO III – TCLE	92
ANEXO IV – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	93

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Justificativa.....	13
1.2 Objetivos	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Conceituando a agressividade.....	15
2.2 Agressividade nos serviços de emergência psiquiátrica	17
2.3 Agressividade nas unidades de internação	21
2.4 Fatores de risco.....	23
2.5 Resumindo a revisão de literatura	25
3. MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.1 Delineamento.....	26
3.2 Locais de estudo	26
3.3 População	26
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	27
3.5 Variáveis em estudo.....	29
3.6 Instrumentos de pesquisa	29
3.7 Equipe de pesquisa.....	31
3.8 Estudo piloto	31
3.9 Cálculo amostral	31
3.10 Procedimentos	32
3.11 Análise estatística	32
3.12 Questões éticas.....	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Perfil dos pacientes psiquiátricos internados	35
4.2 Prevalência da agressividade	42
4.3 Fatores de risco.....	45
4.4 Gravidade da psicopatologia e agressividade.....	49
5. DISCUSSÃO	53
6. CONCLUSÃO	60
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	70

1. INTRODUÇÃO

A agressividade dirigida contra outros ou contra si mesmo é um motivo pelo qual o indivíduo com patologia mental é conduzido aos serviços de emergência psiquiátrica (SEPs). Muitas vezes indica a internação hospitalar voluntária ou involuntária para a proteção do próprio paciente e de terceiros (MULDERA et al., 2008; COLASANTI et al., 2008). Conseqüentemente, a sua ocorrência durante a internação psiquiátrica é comum e gera danos físicos e psicológicos, variando de graus leves a graves, tanto para os pacientes quanto para a equipe de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos, assistentes sociais, estagiários, etc.). Além disso, acarreta despesas médicas, ausências ao trabalho e encargos legais (JOHNSON, 2004; LANZA; ZEISS; RIERDAN, 2006).

O estudo da agressão dentro do ambiente hospitalar objetiva elucidar os fatores de risco para tal comportamento, com a intenção de melhorar a acurácia da avaliação clínica, instituir modificações estruturais e auxiliar no treinamento da equipe, prevenindo, assim, sua ocorrência (JOHNSON, 2004). A literatura mostra, por exemplo, que a história de violência prévia e a gravidade da patologia psiquiátrica são fortes preditivos de comportamento violento durante uma internação psiquiátrica. Entretanto, como um episódio agressivo tem uma natureza multifatorial, incluindo tanto fatores pertinentes ao indivíduo quanto à unidade de internação (por exemplo, equipe, ambiente, colegas de quarto), não se pode esperar que os preditores de comportamento agressivo sejam os mesmos para todos os tipos de unidades e instituições, com seus critérios específicos de seleção, tratamento e área de abrangência. Além disso, muitos estudos apresentam diferenças conceituais e metodológicas, dificultado a generalização dos resultados encontrados (CORNAGGIA et al., 2011; STEINERT, 2002).

Pretende-se com este estudo responder às seguintes questões: qual a prevalência da agressividade ocorrida durante a internação psiquiátrica no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e qual a sua relação com a doença psiquiátrica?

1.1 Justificativa

Como em qualquer hospital psiquiátrico, a agressividade ocorre também nas unidades de internação psiquiátrica do HUSM, em suas variadas formas, contra pacientes e contra a equipe. Contudo, pouco se sabe sobre dados estatísticos em serviços psiquiátricos brasileiros a respeito disso. As peculiaridades locais podem influenciar no comportamento agressivo no ambiente hospitalar, talvez diferentemente dos resultados de estudos realizados em outros países.

Dessa forma, determinar a prevalência e os fatores de risco na realidade local poderá contribuir para uma melhor abordagem dos pacientes agressivos, prevenindo assim a ocorrência de incidentes violentos. Nesse sentido, este estudo relaciona-se à linha de pesquisa Métodos e Técnicas Diagnósticas e Terapêuticas, já que, em Psiquiatria, a avaliação clínica é o principal instrumento norteador para a tomada de decisões.

Além disso, este estudo pode contribuir como base para desenvolvimentos futuros, incluindo desde aprimoramento dos métodos diagnósticos (desenvolvimento de instrumentos de rastreio) até medidas terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Estudar a agressividade em pacientes psiquiátricos internados no Hospital Universitário de Santa Maria.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos pacientes que internam no serviço;
- Estimar a prevalência de agressividade nas primeiras 24 horas de internação;

- Documentar a gravidade das agressões ocorridas, bem como relatar as medidas adotadas para o seu manejo;
- Determinar fatores de risco para o comportamento agressivo;
- Comparar diferenças na gravidade da psicopatologia dos pacientes agressivos em relação aos não agressivos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Os pacientes buscam um serviço de emergência psiquiátrica ou porque se sentem em sofrimento psíquico, ou porque causam sofrimento psíquico a terceiros. Nesse caso, o paciente costuma ser trazido contra a sua vontade, podendo apresentar-se agitado e apresentar risco iminente de agressão (MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2008). Dependendo do grau de agitação, os pacientes podem apresentar risco para a integridade física de outros pacientes, dos profissionais de saúde e deles mesmos, necessitando medidas imediatas para o seu manejo, que incluem a abordagem verbal, isolamento, contenção mecânica e medicação parenteral (MANTOVANI et al., 2010).

Neste contexto, a avaliação do risco de agressão é essencial, pois possibilita a tomada de decisões desde a internação involuntária, contenção mecânica, medicação necessária, modalidade de tratamento, tipo de enfermagem, possibilidade de recebimento de visitas, saídas para o pátio e alta hospitalar até uma correta orientação e treinamento da equipe. Isso é fundamental para o adequado manejo da agressão e para a própria segurança dos funcionários (STEINERT, 2002; OGLOFF; DAFFERN, 2006; BIANCOSINO et al., 2009). Agressividade é um termo amplo que envolve diferentes tipos de comportamento com a consequência comum de causar prejuízo à integridade das pessoas. Para o estudo desse comportamento, em primeiro lugar, deve-se conceituá-lo com base na literatura atual.

2.1 Conceituando a agressividade

O conceito mais comum de agressividade é o que considera a agressão todo o ato dirigido contra alguém ou algo, com a intenção de causar dano, variando em função de sua intensidade e direção (STEINERT, 2002). Abrange em intensidade desde a agressão verbal até a franca agressão física. Ou seja, considera-se agressivo o indivíduo que profere ofensas verbais, xingamentos, ameaças de agressão, chuta portas, mobílias, joga objetos, destrói o patrimônio, joga-se contra pessoas, agride fisicamente a outros ou a si mesmo, cortando-se, jogando-se contra paredes, etc. Dessa forma, a agressividade pode ser direcionada contra objetos,

pessoas ou contra si mesmo. Alguns autores classificam-na como hostilidade (agressão verbal ou contra objetos), sendo uma forma mais leve, e violência (agressão física), como a forma mais grave (BIANCOSINO et al., 2009; RAJA; AZZONI, 2005). Outras formas sabidas de violência são o abuso sexual e a negligência, porém, neste contexto, não são comumente incluídas no estudo da agressão.

A agressividade pode ser classificada, quanto à sua natureza, em três categorias: premeditada (ou organizada), impulsiva (ou reativa) e relacionada a uma condição médica (ou psicótica). A agressão premeditada é planejada, com intenção de ferir ou causar dano, não emocional, também caracterizada como predatória. Não costuma ser provocada, o comportamento está sob controle e há um motivo ou objetivo. A agressividade impulsiva está relacionada a uma perda do controle sobre o comportamento, acompanhada de irritabilidade e agitação, reativa a uma provocação, não intencional, sem motivo ou ganho secundário. Já a relacionada a uma condição médica é aquela em que há uma causa orgânica (como no *delirium*, por exemplo) ou psiquiátrica (como na psicose), responsável pela agitação e descontrole de impulsos. Neste caso, a agressão ocorre em resposta a delírios e/ou alucinações, sem um motivo racional (BARRATT et al., 1997a, 1997b; BARRATT; SLAUGHTER, 1998; QUANBECK, 2006).

Suris et al. (2004) comentam dois pontos de vistas observados através de estudos com criminosos e pacientes psiquiátricos: agressividade como um traço ou como um estado. Ou seja, a agressividade pode fazer parte do estilo de vida de uma pessoa, influenciada por fatores biológicos, como um traço, ou, por outro lado, pode ser apenas um estado temporário. Fala-se então sobre traços de caráter e psicose, por exemplo. É muito diferente um indivíduo que agride porque planeja alcançar um objetivo – e costuma habitualmente agir dessa forma (um psicopata, por exemplo), de outro que age influenciado por alucinações auditivas que comandam suas ações (um esquizofrênico, por exemplo). Assim, tanto a agressão como um estado quanto como um traço podem estar presentes em pacientes internados.

Nesse sentido, Doyle e Dolan (2006) demonstraram que problemas na regulação da raiva, estado mental perturbado e estilo interpessoal dominante, coercivo e hostil estão relacionados à violência em pacientes internados. O estudo foi conduzido em hospitais psiquiátricos forenses britânicos, sugerindo que a violência parece mais relacionada a traços crônicos do que a um estado agudo,

nesses hospitais. Por outro lado, em hospitais gerais, a agressividade premeditada parece ter um papel menor. Estudando pacientes cronicamente agressivos, Quanbeck et al. (2007) encontraram que apesar da maioria dos pacientes apresentarem diagnóstico de um transtorno psicótico, a maior parte das agressões foi impulsiva (54%), mais que psicótica ou premeditada. Os pesquisadores observaram em seus estudos que a agressão impulsiva costumava ser dirigida contra membros da equipe de saúde, enquanto a organizada e psicótica eram mais dirigidas contra outros pacientes. Neste estudo, a agressão impulsiva foi relacionada a situações envolvendo tentativas de mudar um comportamento indesejado do paciente e negação de seus pedidos, evidenciando seu caráter reativo mesmo em pacientes cronicamente violentos. Portanto, mesmo pacientes psicóticos agredem mais de maneira impulsiva do que por influência da psicose. Felthous et al. (2009) também concordam que pacientes com doenças mentais graves, com distúrbios do pensamento, apresentam agressão predominantemente impulsiva.

Outra característica da agressão é a sua direção. O impulso destrutivo é como uma moeda com duas faces: pode ser direcionado tanto para outros quanto para si mesmo, mas o impulso é o mesmo. Dumais et al. (2005) corroboram com esse pensamento ao demonstrar que indivíduos que se suicidam usando métodos violentos (por exemplo, arma de fogo e queda de altura) apresentam mais história de agressão e impulsividade ao longo da vida do que aqueles que se suicidam com métodos menos violentos (afogamento e intoxicação exógena). Nesse mesmo estudo constatou-se associação estatisticamente significativa entre o método violento e a história de agressividade e impulsividade. Adicionalmente, McGirr et al. (2008) demonstraram que indivíduos jovens que se suicidam apresentam mais impulsividade, agressividade e busca por novidades do que indivíduos mais velhos que se suicidam. Ou seja, quanto mais jovem é o paciente que se suicida, mais impulsividade e agressividade apresenta.

2.2 Agressividade nos serviços de emergência psiquiátrica

Estima-se que 10 a 30% dos pacientes que consultam nos SEPs têm história de comportamento agressivo nas duas semanas prévias à consulta (MCNIEL et al.; BINDER, 2005; REINISH; CICCONE, 1995). McNeil e Binder (2005) relataram que a

violência nas duas semanas prévias à consulta no SEP é mais frequente nos diagnósticos de doença mental grave. Portanto, em virtude da patologia psiquiátrica e, conseqüentemente, da agitação psicomotora, muitas vezes esses pacientes necessitam ser levados de maneira involuntária aos SEPs, seja por familiares, amigos, equipes de saúde ou autoridades policiais (MANTOVANI et al., 2010).

Nesse sentido, Colasanti et al. (2008) encontraram que a história de agressividade de qualquer tipo na semana anterior à internação está associada estatisticamente à internação involuntária. Da mesma forma, Rabinowitz et al. (1995) relataram que em seu estudo a maioria dos indivíduos violentos foram admitidos compulsoriamente (63,3%). Adicionalmente, Segal, Akutsu e Watson (1998) demonstraram que os pacientes que retornaram involuntariamente aos SEPs um ano após a admissão tinham maior probabilidade de ter transtornos psicóticos, maior periculosidade e de serem considerados menos tratáveis que os que não retornavam. Esses estudos demonstram a necessidade da condução dos sujeitos agressivos por terceiros, representando a gravidade da patologia desses pacientes, a falta de colaboração e a ausência de *insight*¹.

Estima-se que aproximadamente 40% dos pacientes adultos chegam ao hospital acompanhados pela polícia, e destes, aproximadamente 40% são conduzidos devido ao comportamento violento (SULLIVAN; RIVERA, 2000; DHOSSCHE; GHANI, 1998; RABINOWTIZ et al., 1995). Esses pacientes apresentam mais histórias de agressão física e ameaças nas duas semanas anteriores, assim como durante as primeiras 24 horas de avaliação (REINISH; CICCONE, 1995). Também apresentam mais agressividade durante a internação psiquiátrica e necessitam de maior tempo de reclusão (MAHARAJ et al., 2011). Da mesma forma, crianças e adolescentes levados pela polícia apresentam mais comportamento agressivo e destrutivo do que os levados por outros (EVANS; BOOTHROYD, 2002). Llewelin (2011) comparou os indivíduos levados pela polícia ou que tiveram ordem judicial para avaliação psiquiátrica emergencial compulsória com indivíduos encaminhados por outros médicos e concluiu que os primeiros apresentavam mais comportamento violento e suicida, e menos psicose que os segundos.

¹ O termo *insight* refere-se à consciência do indivíduo sobre os próprios sintomas.

O paciente que chega ao serviço agressivo e/ou agitado necessita de intervenções imediatas, que incluem medidas farmacológicas e medidas físicas, como a contenção mecânica (MANTOVANI et al., 2010). Huf et al. (2002) estimaram que em torno de 10% dos pacientes que consultaram em serviços de emergência de três hospitais do Rio de Janeiro necessitaram de medicações intramusculares. Migon et al. (2008) relataram que nesses mesmos hospitais, 24% dos pacientes agitados e/ou agressivos necessitaram ser contidos nas primeiras duas horas de admissão. Essas taxas são menores do que o relatado em um estudo anterior, no qual Bell e Palmer (1981) documentaram que 20% dos pacientes que chegavam na emergência encontravam-se agitados e 15,6% necessitaram de contenção mecânica. Possivelmente isso se deva à reestruturação dos serviços psiquiátricos após a reforma psiquiátrica, na qual o hospital é mais uma opção de tratamento ao doente e não a única, como antigamente (BARROS; TUNG; MARI, 2010).

Apesar de saber-se que a agressividade nos serviços de emergência, de uma maneira geral, é comum – com altas taxas de agressão contra membros da equipe, correspondendo à maior parte da agressão ocorrida no hospital –, ela é sub-relatada (KENNEDY, 2005; HODGE; MARSHALL, 2007). Estudos mostram que a prevalência da queixa de agressividade situa-se entre 6,6% e 19,90% das consultas nos SEPs (BRAKOULIAS et al., 2010; BRUFFAERTS; SABBE; DEMYTTENAERE, 2004; WHITE; BATEMAN; FISHER, 1995). Já as agressões ocorridas dentro do ambiente hospitalar ocorrem em 9,3% das consultas e entre 14 e 39% das admissões nos SEPs (REINISH; CICCONE, 1995; BRAKOULIAS et al., 2010; LYNCH; NOEL, 2010; RABINOWITZ et al., 1995). A tabela 2.1 resume os dados de prevalência de agressividade nos SEPs, encontrados na literatura. Com relação à idade, Chaput et al. (2011) encontraram que idosos são menos violentos em SEPs do que não idosos, embora sem diferenças entre os tipos de agressão. Também encontrou diferenças significativas entre o manejo da agressão entre os grupos. Abordagens verbais foram mais usadas com idosos (66% x 48%), e isolamento ou contenção (18% x 23% e 1% x 7%, respectivamente) foram mais usadas com os menores de 65 anos. Por outro lado, crianças e adolescentes que consultaram em SEPs especializados apresentaram as maiores prevalências de agressividade – mais de 50% (SULLIVAN; RIVERA, 2000).

Tabela 2.1 – Revisão de literatura: estudos contendo prevalência de agressividade nos SEPs

Autor	Ano	País	n	Resultados
<i>Prevalências por pacientes não repetidos</i>				
Dhossche	1999	EUA	311	Agressividade nas 24 horas prévias à internação: 26%
Llewelin	2011	Austrália	282	Risco de violência: 18%
<i>Prevalências entre as consultas</i>				
McNiel et al.	2005	EUA	2784	Prevalência de agressividade nas 2 semanas anteriores à consulta: 10%
Reinish et al.	1995	EUA	182	Prevalência de agressividade nas 2 semanas anteriores à consulta: 26,92%
Bruffaerts et al.	2003	Bélgica	1050	Agressividade no serviço: 9,3% - agressividade física 2,7%, ameaça de violência 6,6%
White et al.	1995	EUA	206	Queixa de agressividade: 7,3%
Sullivan et al.	2000	EUA	752	Queixa de agressividade: 19,9%
Chaput et al.	2011	Canada	20870	Agressividade prévia à internação: 29% (idade ≤ 12 anos), 25% (idade de 13 a 18 anos) Agressividade nas consultas: 57% e 51%, respectivamente
<i>Prevalências entre as admissões</i>				
Brakoulias et al.	2010	Austrália	376	Prevalência de violência: 10% em maiores de 65 anos, 20% em menores de 65 anos
Lynch & Noel	2010	EUA	161	Queixa de agressividade: 6,6%; Agressividade na admissão: 14,10%
Rabinowitz et al.	1995	EUA	650	Agressividade na admissão: 38,8%
				Violência na admissão: 24,3%

Realizou-se uma pesquisa no PubMed, em outubro de 2012, com os termos "psychiatric emergency services" AND (aggressi* OR violen*) AND (incidence OR prevalence) AND english[Language], obtendo-se 58 referências. Apenas 11 artigos apresentaram dados de prevalência.

Raros estudos procuram fatores de risco para o comportamento agressivo nos SEPs. Dentre eles, Dhossche (1999) concluiu que a agressividade nos SEPs não é uma manifestação comum do uso recente de substâncias e a presença de transtorno psicótico parece ter um papel maior.

A agressividade nos SEPs é assunto de grande importância, já que são as portas de entrada dos serviços de internação psiquiátrica, os quais recebem os pacientes mais comprometidos psicopatologicamente. Contudo, até o momento os estudos disponíveis nestes *settings* são escassos.

2.3 Agressividade nas unidades de internação

A prevalência de agressividade nas unidades de internação encontrada na literatura varia entre 6 e 73%, incluindo agressão verbal. A tabela 2.2 resume as diferenças encontradas, apresentando trabalhos com resultados muito variados.

Tabela 2.2 — Revisão de literatura: principais artigos contendo prevalência de agressividade nas unidades de internação psiquiátrica

Autor	Ano	Local	Hospital	n	Tempo	Prevalência
Ballerini et al.	2007	Itália	Geral - 15 enfermarias psiquiátricas	864	1 mês	6,0%
Ketelsen et al.	2007	Alemanha	Psiquiátrico	2210	1 ano	7,7%
Biancosino et al.	2009	Itália	166 hospitais variados	1324	5 anos	10,0%
Abderhalden et al.	2007	Suíça	12 Hospitais Psiquiátricos 24 enfermarias agudas	2017	3 meses	13,0%
El-Badri & Mellsop	2006	Nova Zelândia	Geral –unidade psiquiátrica	535	9 meses	15,0%
Lynch & Noel	2010	EUA	Geral-unidade psiquiátrica	161	6 meses	19,9%
Carr et al.	2008	Austrália	Enfermarias psiquiátricas variadas	3877	1 ano	21,4%
Nijman et al.	2002	Holanda	Psiquiátrico	89	10 meses	35,0%
Chang & Lee	2004	Taiwan	Geral –unidade psiquiátrica	111	7 meses	41,0%
Raja & Azzoni	2005	Itália	Geral – unidade psiquiátrica	2395	5 anos	41,0%
Ferguson et al.	2005	EUA	Psiquiátrico	212	3 anos	51,0%
Nicholls et al.	2009	Canada	Forense	527	1 ano	60,0%
Telles, Folino & Tabora	2011	Brasil	Forense	68	1 ano	73,0%

Realizou-se uma pesquisa no PubMed em abril de 2011, com os termos “inpatient aggression”, obtendo-se 1154 referências. A tabela contém artigos que exemplificam as diferenças nos locais de execução das pesquisas, tempo de seguimento e resultados obtidos.

Biancosino et al. (2009), numa pesquisa nacional, multicêntrica, realizada na Itália, um dos países com menores taxas de agressão em pacientes internados, encontraram um comportamento hostil em 10% dos pacientes (agressões verbais e contra objetos), sendo que 3% investiram em ataques físicos contra outros pacientes e membros da equipe. Também encontraram que grande maioria das agressões ocorreu em hospitais públicos, ao invés dos hospitais privados (91% dos comportamentos hostis e 92% das agressões físicas). Já na Austrália, num estudo multicêntrico australiano, Carr et al. (2008) encontraram uma frequência de incidentes agressivos em 21,4% das admissões (n=3242), sendo que do total, 11,2% foram relacionados à agressão física. Abderhalden et al. (2007) encontraram, na Suíça, num estudo também multicêntrico realizado em 24 enfermarias para pacientes agudos, em 12 hospitais psiquiátricos, uma taxa de 7.08 incidentes para cada leito, por ano, com mais da metade correspondendo à agressão física (3,77).

Num hospital psiquiátrico forense brasileiro Telles, Folino e Taborda (2011) relataram que 73% dos pacientes envolveram-se em incidentes violentos, com uma média de 2,94 eventos por paciente. Contudo, o estudo foi realizado numa única ala psiquiátrica daquele hospital, com pacientes crônicos e masculinos. Portanto, esse dado dificilmente aplica-se à realidade de hospitais gerais, ou mesmo psiquiátricos não forenses.

Os incidentes agressivos são mais comuns nos primeiros dias de internação e diminuem com o passar dos dias, conforme a melhora da psicopatologia (ABDERHALDEN et al., 2007; BALLERINI et al., 2007a; BARLOW; GRENYER; ILKIW-LAVALLE, 2000). Entretanto, sabe-se também que uma minoria dos pacientes é responsável pela maior parte dos episódios agressivos. São os pacientes cronicamente agressivos, que persistem agressivos ao longo da internação. Este achado é encontrado em diferentes estudos e parece ter importância em hospitais forenses, com períodos longos de internação (LUSSIER et al., 2010; KETELSEN et al., 2007; TELLES; FOLINO; TABORDA, 2011).

A agressividade em hospitais é um tema amplo e complexo, já que cada realidade tem suas próprias peculiaridades e cada qual apresenta suas próprias taxas de prevalência de agressividade. Possivelmente estas diferenças decorrem de diversos fatores, tais como a própria estrutura do serviço, que seleciona pacientes mais ou menos agressivos. Por exemplo, hospitais gerais dispõem de enfermarias para pacientes agudos, com poucos leitos, para internações breves, enquanto

hospitais psiquiátricos e forenses dispõem de uma estrutura física muito maior, com várias unidades, enfermarias e grande número de leitos para pacientes que costumam necessitar de internações mais longas, devido à gravidade da psicopatologia, periculosidade, envolvimento com a justiça, etc.. Provavelmente por isso esses hospitais apresentem as maiores taxas de prevalência de agressividade.

2.4 Fatores de risco

Vários fatores de risco já foram apontados na literatura: sexo masculino, indivíduos mais jovens, solteiros, história de agressão, caráter compulsório da internação, com diagnóstico de esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos de personalidade, retardo mental, demência, uso de substâncias e transtorno mental orgânico (BIANCOSINO et al., 2009; CARR et al., 2008; FLANNERY, 2002; KETELSEN et al., 2007; LEPAGE et al., 2003; LUSSIER et al., 2010; LYNCH; NOEL, 2010; NIJMAN et al., 2002; SERPER et al., 2005; TELLES; FOLINO; TABORDA, 2011;). Apesar disso, discordâncias são encontradas devido às diferentes metodologias, objetivos de estudo, locais onde foram realizados e características dos hospitais (CORNAGGIA et al., 2011; STEINERT, 2002).

Por exemplo, num estudo realizado em um hospital psiquiátrico de Taiwan sobre fatores de risco para comportamento agressivo, Chang e Lee (2004) não incluíram pacientes usuários de substâncias ou transtorno de personalidade, citando que são patologias incomuns entre os pacientes agudos naquele país. Em estudos realizados em um hospital para pacientes psiquiátricos agudos, na Nova Zelândia, El-Badri e Mellsop (2006) não encontraram diferenças na agressividade entre pacientes com história de uso de substâncias, mas encontram diferenças entre as etnias. Já para Ketelsen et al. (2007), não há relação com uso de substâncias, mas diagnóstico de transtorno mental orgânico e de transtorno psicótico foram significativamente relacionados, com uma razão de chances de 3,57 e 2,85, respectivamente.

A associação entre comportamento agressivo em pacientes internados e sexo também é um ponto controverso. Serper et al. (2005) verificaram que mulheres no contexto de uma internação eram mais agressivas verbalmente que homens. Raja, Azzoni e Lubich (1997) não encontraram diferenças estatisticamente significativas

entre homens e mulheres em um serviço de tratamento psiquiátrico intensivo. Em um hospital forense, Nicholls (2009) não encontrou diferenças quanto ao sexo em relação à prevalência, frequência, tipo e severidade da agressão. Para o autor, homens agredem em situações sociais (horário de refeições e convívio), enquanto mulheres agredem mais quando junto à equipe (solicitando, sendo conduzidas). Nesse estudo, homens necessitaram duas vezes mais medicação prescrita “se necessário”, e mulheres necessitaram mais reclusão. Bowers et al. (2009) também relataram que horários de interação da equipe com os pacientes estão relacionados com incidentes agressivos.

A idade é outro ponto controverso. Abderhalden et al. (2007) não encontraram relação entre agressividade, idade e sexo. Parece haver dois subgrupos de pacientes violentos quanto à idade: idosos com transtorno psicótico (demência, esquizofrenia) e jovens com transtorno de personalidade (HAMRIN; IENNACO; OLSEN, 2009; FLANNERY, 2002).

Steinert (2002), em sua revisão sistemática, concluiu que os fatores relacionados à agressão em pacientes internados são diferentes dos encontrados na comunidade e o fator preditivo mais robusto é a história de agressão. Outros fatores como sexo, idade, diagnóstico e abuso de álcool têm um papel menor, enquanto variáveis clínicas e psicopatológicas (tais como delírios) são mais proeminentes.

Quanto às variáveis clínicas e psicopatológicas, sua gravidade independe do diagnóstico por si e está mais relacionada com a severidade da doença. Para avaliar sintomas psicopatológicos, a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) vem sendo utilizada ao redor do mundo há 50 anos, sendo adaptada ao longo do tempo (OVERALL; GORHAM, 1962). Apesar de que seu principal uso seja o de comparar mudanças na psicopatologia, pesquisas têm demonstrado associação entre fatores dessa escala com a agressividade no ambiente hospitalar. Basicamente, a escala é composta por conjuntos de sinais e sintomas relacionados a sintomas positivos, negativos, ansiosos/depressivos e de ativação. Um estudo mostrou que o componente excitação/ativação foi o mais relacionado com a agressividade verbal e física (COLASANTI et al., 2010). Outro estudo demonstrou que indivíduos hostis e violentos apresentam maior pontuação no componente hostilidade/agitação e menor pontuação no componente ansiedade/depressão do que os não agressivos (RAJA; AZZONI, 2005).

Amore et al. (2008) concordam com a relação entre a severidade da doença (maior pontuação geral na escala BPRS) e encontraram, adicionalmente, que o componente hostilidade/desconfiança foi um fator preditivo de mudança entre pacientes inicialmente verbalmente agressivos para fisicamente agressivos. Huber et al. (2012) propõem um componente de excitação da BPRS, composto pelos itens hostilidade, excitação e falta de cooperação, e encontraram em seus estudos que esse componente está relacionado com agressividade, risco ou tentativa de suicídio e internação involuntária. Seus estudos foram realizados com pacientes com primeiro episódio de psicose internados. Os diferentes fatores citados estão relacionados às diferentes versões da escala e a diferentes amostras aplicadas, resultando, portanto, em diferentes análises fatoriais (SHAFER, 2005).

2.5 Resumindo a revisão de literatura

A prevalência da agressividade depende muito do local de estudo, diferenças culturais e diferenças metodológicas, situando-se, de uma maneira geral, entre 14 e 39% dos pacientes admitidos nos SEPs e entre 6 e 73% das internações nas unidades, sendo mais alta em hospitais forenses.

Diversos fatores de risco para a agressividade no ambiente hospitalar foram estudados, porém com resultados conflitantes: sexo masculino, indivíduos mais jovens, solteiros, caráter da internação involuntária, diagnósticos de uso de substâncias, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, retardo mental, transtorno mental orgânico e transtornos de personalidade. Contudo, os principais fatores de risco encontrados são a gravidade da psicopatologia e a história de violência.

A agressividade ocorrida nas unidades psiquiátricas é um tema muito importante porque afeta diretamente a saúde dos profissionais envolvidos na saúde mental, dos familiares, dos próprios pacientes e dos pacientes que convivem com os agressivos.

O assunto é muito pouco estudado no Brasil e em nossa realidade não há dados publicados sobre prevalência e fatores de risco. Atualmente não há como determinar se os resultados de pesquisas realizadas em outros países podem ser aplicados na realidade brasileira. Assim, torna-se necessário conhecer e compreender a agressividade na realidade local.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Delineamento

Estudo transversal.

3.2 Locais de estudo

O estudo foi realizado no Pronto Socorro Psiquiátrico (PS-PSIQ) e na Unidade Paulo Guedes (UPG). O PS-PSIQ faz parte do Serviço de Emergência do HUSM. É uma unidade de pronto atendimento constituída por uma sala de espera, uma sala de atendimento, uma sala de enfermagem, um quarto médico e uma enfermaria (sala de observação – SO) com dois leitos para observação, além de cadeiras para familiares e/ou pacientes.

A UPG é uma unidade mista, fechada, para indivíduos a partir de 15 anos, destinada para pacientes agudos que necessitam de internação de curto prazo. Conta com enfermarias com até seis leitos cada e quartos com até dois leitos cada, com capacidade total de 25 leitos. Há um vigilante que fica do lado externo à unidade, que é acionado em caso de agitação psicomotora ou risco iminente de agressão. Trabalham na unidade médicos preceptores, médicos residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recreacionistas, residentes multiprofissionais, copeiros e higienizadores. Além disso, a unidade tem acesso indireto (via corredor aberto) a um amplo pátio que os pacientes podem visitar duas vezes por dia. Os familiares podem ter contato com os pacientes em horários específicos.

3.3 População

Os pacientes são normalmente referenciados pelos serviços de saúde de Santa Maria e região ou chegam diretamente ao PS-PSIQ, porta de entrada do serviço. Preconiza-se que os pacientes possam ficar em observação por até 72

horas, devendo ser internados na UPG se necessitarem permanecer por mais tempo. Porém, há situações em que os pacientes ficam mais tempo na sala de observação, normalmente na indisponibilidade de leitos, por motivos judiciais ou aguardando uma transferência para uma unidade clínica ou outro hospital psiquiátrico.

As internações são registradas através das AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), documento que, por rotina, é preenchido quando os pacientes permanecem além da meia-noite do dia que chegam, ou quando o paciente é prontamente admitido em uma das unidades de internação. Para este estudo, considerou-se internação hospitalar o registro da AIH.

Habitualmente, são internados os pacientes que apresentam riscos para si mesmo, risco para outras pessoas (principalmente risco de autoagressão e/ou heteroagressão), ou então quando não há alternativa razoável de tratamento que não hospitalar, em função de situação familiar, socioeconômica ou médica (por exemplo, dependência química). Dependentes químicos que apresentam tais riscos costumam ficar internados na sala de observação do PS-PSIQ, mas posteriormente são transferidos para hospitais com unidades fechadas, já que o Serviço de Dependência Química do HUSM (SERDEQUIM) é uma unidade aberta e não realiza internações involuntárias. Cabe mencionar que este serviço objetiva a desintoxicação de substâncias e encontrava-se desativado no momento da pesquisa em função da reforma nas unidades. Conseqüentemente, dependentes químicos que buscaram o serviço no período para fins de desintoxicação apenas, sem apresentar riscos, foram referenciados para outros hospitais.

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão:

- Ser paciente que necessita de internação hospitalar psiquiátrica
- Ter idade entre 18 e 65 anos

Critério de exclusão:

- Ser paciente com sintomas psiquiátricos agudos devido a uma condição médica geral (*delirium*)

Pacientes menores de 18 anos não foram incluídos porque muitas patologias são ou específicas dessa faixa etária, ou muito prevalentes nela, e não são alvo deste estudo – como os transtornos de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Da mesma forma, a partir dos 65 anos a prevalência de distúrbios neuropsiquiátricos (por exemplo, quadros demenciais) e comorbidade clínicas aumentam, e apesar de poderem contribuir para a agressividade nessa faixa etária, podem trazer fatores de confundimento para o estudo de fatores de risco. Esses dois grupos podem ser melhor estudados em pesquisas para essas populações específicas (por exemplo, em alas psiquiátricas para crianças e adolescentes e em residenciais assistidos para idosos).

Quadros confusionais agudos (*delirium*) costumam associar-se à agitação e agressividade desorganizada e têm por base etiológica o rebaixamento do nível de consciência. Devido a essas condições estarem relacionadas mais a situações clínicas específicas do que psiquiátricas propriamente ditas, quando são detectadas no setor psiquiátrico, os pacientes são transferidos para unidades clínicas. Apesar de poderem causar incidentes agressivos, não constituem foco da presente pesquisa e também podem gerar fatores de confundimento para o estudo de fatores de risco. Portanto, pacientes com transtornos mentais devido a uma condição médica foram excluídos da pesquisa.

Por outro lado, desde que excluído o diagnóstico de *delirium*, pacientes com sequelas de lesões orgânicas, os quais apresentam alterações neuropsiquiátricas crônicas, são importantes para o estudo (por exemplo, sequelas de traumatismo crânio-encefálico, anóxia neonatal com conseqüente retardo mental, etc.) e não foram excluídos. Estudos mostram que essas são patologias sabidamente com potencial agressivo devido à perda de controle de impulsos, presentes em uma ampla faixa etária, possivelmente apresentando um fator de risco para a agressividade na internação hospitalar.

Habitualmente, o serviço tem por rotina a investigação clínica para descartar possíveis quadros orgânicos, através da execução de exames laboratoriais para todos os pacientes (hemograma completo, AST, ALT, creatinina, ureia, TSH, T4 livre, Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻, Mg⁺⁺, P⁻, anti-HIV, VDRL, HbsAg, Anti-HCV, bilirrubinas direta e indireta, CPK, e outros) e de imagem, quando indicados (raio X, tomografia computadorizada, etc.). Quando os exames apresentam alterações, rotineiramente é

solicitada uma avaliação clínica. Todavia, não serão incluídos exames adicionais aos de rotina para os participantes da pesquisa.

3.5 Variáveis em estudo

As variáveis independentes foram variáveis demográficas relativas à história da doença, ao uso do serviço, à história de agressão, aos tratamentos prévios, à história familiar, à história de doenças clínicas e variáveis psicopatológicas. O desfecho primário do estudo foi a presença da agressividade durante as primeiras 24 horas de internação (a partir do momento em que o paciente chega ao hospital). O desfecho secundário estudado foi a gravidade da agressão ocorrida, classificada em agressão verbal, contra objetos, autoagressão e agressão física (variáveis dependentes).

3.6 Instrumentos de pesquisa

Utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação: Formulário de Pesquisa, Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS) e Escala de Agressividade Declarada (OAS), todos em versões traduzidas e validadas para o português, descritas abaixo.

O formulário de pesquisa (Anexo I) foi desenvolvido para o estudo da agressividade durante a internação hospitalar e não é exclusivo deste estudo. Portanto, contém outros dados não utilizados nesta pesquisa. Considerou-se como involuntária tanto a internação determinada pelo médico plantonista quanto a determinada pela justiça, via ordem judicial. Os diagnósticos foram codificados através da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10, OMS), considerando as hipóteses diagnósticas registradas na nota de alta, de acordo com o diagnóstico clínico.

A escala BPRS é amplamente usada para avaliar a gravidade dos sintomas psiquiátricos e aferir mudanças na psicopatologia (OVERALL; GORHAM, 1962). Não é utilizada para realizar diagnósticos. Utilizou-se a versão ancorada, que possui 18 itens pontuados de 0 a 6, de acordo com a severidade do sintoma (ROMANO; ELKIS, 1996). Com o uso de um guia de entrevista estruturado – Structured

Interview Guide (SIG-BPRS – Anexo II), a confiabilidade entre avaliadores com pouca experiência clínica aumenta (CRIPPA et al., 2001). Na versão brasileira utilizada, os 18 itens podem ser agrupados em quatro categorias: ansiedade-depressão, retraimento-retardo, distúrbio do pensamento e ativação, os quais estão descritos no quadro 3.1 (CRIPPA et al., 2002).

Ansiedade-Depressão	1. Preocupação somática 2. Ansiedade 5. Sentimentos de culpa 9. Humor depressivo
Retraimento-Retardo	3. Retraimento afetivo 13. Retardo psicomotor 14. Falta de cooperação 16. Afeto embotado 18. Desorientação
Distúrbio do pensamento	4. Desorganização conceitual 10. Hostilidade 11. Desconfiança 12. Comportamento alucinatório 15. Alteração do conteúdo do pensamento
Ativação	6. Tensão 7. Maneirismos e postura 8. Ideias de grandeza 17. Excitação

Quadro 3.1: Fatores da escala BPRS

Fonte: CRIPPA et al., 2002

A OAS (Anexo I) é um instrumento usado para documentar e/ou medir episódios agressivos, sendo usado em vários estudos tanto para comparar a resposta de um tratamento na agressividade, quanto para simplesmente registrar os eventos ocorridos, por exemplo, numa unidade de internação (SILVER; YUDOFKY, 1991). Facilmente aplicável, é dividida em grupos descritivos: agressão verbal, agressão física contra si, agressão física contra objetos e agressão física contra pessoas, cada qual com itens correspondentes. Há também uma escala de

intervenção para registrar horário e duração do incidente, além da intervenção específica (MACKINNON; YUDOFISKY, 1988). Foi incluído o item “alvo da agressão física” para especificar se a vítima foi outro paciente, algum membro da equipe ou familiar. Além disso, incluiu-se um espaço para registrar as medicações utilizadas para o manejo da agressão.

3.7 Equipe de pesquisa

O estudo foi conduzido pela equipe de pesquisa do LaPP (Laboratório de Pesquisas em Psiquiatria). O grupo é composto por: pesquisador mestrando, professor orientador (coordenador do grupo), quatro médicos residentes em Psiquiatria e seis alunos de graduação em Medicina. A equipe recebeu treinamento sobre os instrumentos de pesquisa no período prévio à coleta e durante a fase piloto.

3.8 Estudo piloto

O estudo piloto foi executado em Agosto e Setembro de 2012, com duração de 40 dias. Teve por objetivo corrigir possíveis falhas na coleta dos dados e levantar dados para o cálculo amostral. Durante a realização do piloto, os dados foram obtidos com a supervisão do mestrando e do professor orientador. Trinta participantes foram incluídos nessa fase e todos os dados foram revisados, discutidos e posteriormente analisados.

3.9 Cálculo amostral

Optou-se por calcular o tamanho da amostra após a execução do piloto porque a variedade de estudos sobre o assunto, com metodologias diferentes e diferenças significativas no *setting* e nas populações estudadas, dificulta a utilização de medidas de prevalência e variância populacional. Além disso, não se encontrou artigo brasileiro que apresentasse semelhança na população de estudo. Assim, calculou-se a amostra para detectar a diferença entre proporções, considerando a

agressividade física (6,7%, no piloto), evento de maior importância, para um N de 327 (indivíduos internados no PS-PSIQ e na UPG em 2011), com nível de significância de 0,05 e erro padrão de 0,04, resultando em 103 indivíduos. Acrescendo-se 10% para possíveis perdas, o resultado foi de 113 indivíduos.

3.10 Procedimentos

Os dados foram coletados de Agosto de 2012 a Janeiro de 2013. Um grupo de pesquisadores diariamente visitava o PS-PSIQ e eram obtidos dados sobre as internações nas últimas 24 horas. Quando os pacientes preenchiam critérios de inclusão, procedia-se a entrevista para o preenchimento do FP. A seguir, revisava-se o prontuário.

Um pesquisador foi designado para pontuar a escala OAS diariamente, diretamente através da entrevista com paciente e familiar, e indiretamente através de contato com a equipe de enfermagem e com os médicos plantonistas. Além disso, qualquer pesquisador que presenciasse um episódio de agressividade também pontuava a OAS. Entendendo-se que vários incidentes agressivos podem fazer parte de um mesmo episódio, que prossegue por horas, considerou-se o período de 24 horas para contar cada episódio.

Os médicos residentes foram responsáveis pelo preenchimento das escalas através de entrevista com os pacientes, em até 24 horas da internação, levando-se em conta o estado no qual o paciente chegou ao hospital.

Ao encerrar a coleta dos dados, todos os formulários foram revisados e conferidos com os prontuários. A seguir, os dados foram digitados em duplas no aplicativo Excel, para evitar erros de digitação.

3.11 Análise estatística

Os dados foram analisados estatisticamente utilizando os aplicativos computacionais PASW versão 17.0, Statistica versão 9.0 e EpiInfo versão 3.5.2. Foram realizadas as análises descritivas das variáveis do estudo e construídas tabelas de frequência. Dados que não puderam ser obtidos foram considerados

perdidos e foram excluídos da análise. A prevalência de agressividade foi estimada utilizando-se intervalos de confiança de 95%.

Os grupos foram comparados utilizando testes não-paramétricos: Teste X^2 e Teste Exato de Fisher para variáveis categóricas, Teste U de Mann-Whitney e Teste de Wilcoxon para variáveis quantitativas não-normais, conforme o caso. Nas tabelas 2x2 foi utilizada a correção de continuidade de Yates para o teste X^2 . Nenhuma variável seguiu a distribuição normal. Foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) para todos os testes. Para as variáveis que apresentaram testes significativos foi calculada a razão de prevalência como estimativa do risco relativo e os intervalos de confiança de 95%.

3.12 Questões éticas

A pesquisa está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e com a Declaração de Helsinque (2008). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Os pacientes que apresentavam teste de realidade intacto concordaram com a participação no estudo voluntariamente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – anexo III). Quando não apresentavam condições psíquicas de entender e consentir a realização da pesquisa, foi obtida a assinatura do TCLE por um familiar ou responsável legal. A partir do momento em que o paciente passava a ter condições de responder por seus atos, foi obtido o consentimento pelo próprio.

Além disso, o pesquisador comprometeu-se em preservar a identidade dos participantes e manter os dados armazenados em local adequado por cinco anos, assinando um Termo de Confidencialidade (Anexo IV). Os dados foram armazenados em local próprio na sala de coordenação do Serviço de Psiquiatria.

4. RESULTADOS

Do dia 13 de Agosto de 2012 a 28 de Janeiro de 2013, 1625 pessoas consultaram no PS-PSIQ e 259 foram conduzidas à SO. Do total de consultas, 16% dos pacientes ficaram em observação e 10% ficaram internados. Dos que ficaram em observação, 153 foram elegíveis ao estudo. No entanto, 13 tiveram alta antes que os pesquisadores realizassem a avaliação e dois foram excluídos por *delirium*. A amostra final constituiu-se de 137 sujeitos, conforme ilustrado no diagrama 4.1.

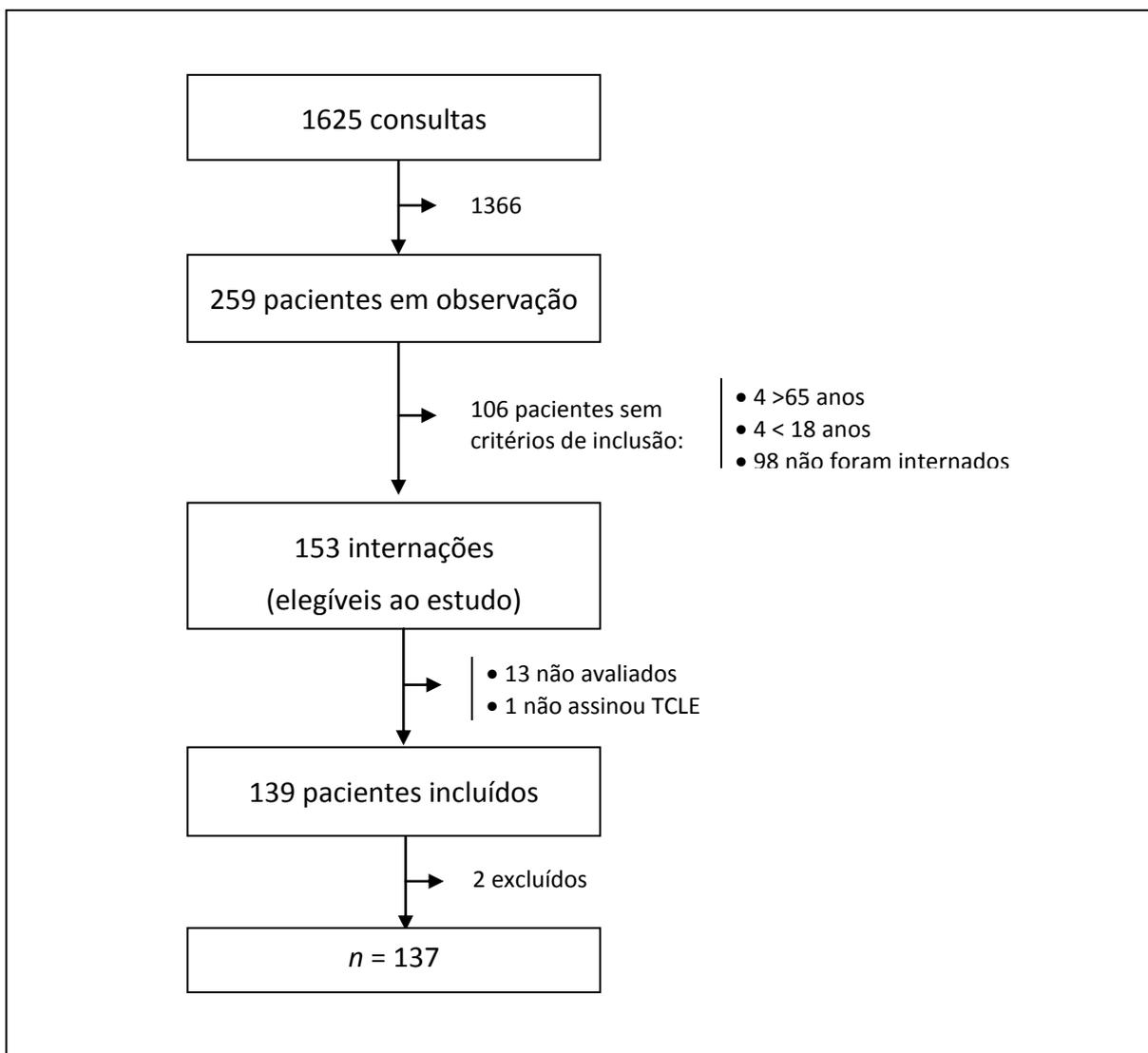


Diagrama 4.1 – Composição da amostra

4.1 Perfil dos pacientes psiquiátricos internados

Das 137 internações, 112 pacientes internaram uma única vez, oito internaram duas vezes e três internaram três vezes, correspondendo a um total de 123 pacientes. Considerou-se cada internação como um caso.

4.1.1 Variáveis demográficas

A proporção de homens e mulheres não diferiu estatisticamente (Tabela 4.1). Os homens eram mais jovens ($p=0,020$), a maioria com até 35 anos. A média de idade das mulheres teve distribuição bimodal, com predomínio nas faixas dos 26 aos 35 anos e dos 46 aos 55 anos. A maioria da amostra foi composta por brancos, procedentes de Santa Maria, morando com os familiares, independentemente do sexo.

Os homens tinham escolaridade mais baixa que as mulheres ($p=0,016$), com um percentual relativamente mais alto de homens que não completaram o ensino fundamental em relação às mulheres. A maior parte dos indivíduos não tinha companheiro fixo. Os homens, em maioria, eram solteiros e não tinham filhos, ao contrário das mulheres, que eram casadas e tinham em média mais de um filho ($p<0,001$ para situação conjugal e $p=0,001$ para número de filhos). Metade da amostra não tinha ocupação remunerada e apenas um em cada cinco trabalhava. A média da renda do núcleo familiar dos pacientes situou-se em torno de 2,5 salários mínimos.

4.1.2 Uso prévio do Serviço de Psiquiatria

As variáveis relativas ao uso do Serviço de Psiquiatria, incluindo PS-PSIQ e UPG, podem ser visualizadas na tabela 4.2. Para aproximadamente um em cada cinco indivíduos, esta foi a primeira consulta no PS-PSIQ. Considerando os 24 meses prévios à entrada no estudo, aproximadamente 50% consultaram até cinco vezes no serviço e uma pequena parcela consultou repetidas vezes (> 5), com um máximo de 27 consultas no período.

Tabela 4.1 – Distribuição das variáveis demográficas entre os sexos

		Total	Homens	Mulheres
<i>n</i>		137 (100%)	78 (56,9%)	59 (43,1%)
Idade*		37,0 (±12,0)	34,7 (±10,9)	40,0 (±12,8)
	18-25	23 (16,8%)	16 (20,5%)	7 (11,9%)
	26-35	52 (38,0%)	32 (41,0%)	20 (33,9%)
	36-45	19 (13,9%)	13 (16,7%)	6 (10,2%)
	46-55	32 (23,4%)	14 (17,2%)	18 (30,5%)
	56-65	11 (8,0%)	3 (3,8%)	8 (13,6%)
Etnia	Branco	91 (66,4%)	50 (64,1%)	41 (69,5%)
	Não-branco	46 (33,6%)	28 (35,9%)	18 (30,5%)
Situação conjugal*	Solteiro	65 (47,4%)	49 (62,8%)	16 (27,1%)
	Casado	38 (27,7%)	15 (19,2%)	23 (39,0%)
	Separado/divorciado	30 (21,9%)	14 (17,9%)	16 (27,1%)
	Viúvo	4 (2,9%)	0 (0,0%)	4 (6,8%)
Filhos*	Não	69 (50,4%)	49 (62,8%)	20 (33,9%)
	Sim	68 (49,6%)	29 (37,2%)	39 (66,1%)
Número de filhos*		1,1 (±1,5)	0,82 (±1,3)	1,59 (±1,5)
Escolaridade*	EF Incompleto	69 (51,1%)	45 (57,7%)	24 (42,1%)
	EF Completo	20 (14,8%)	9 (11,5%)	11 (19,3%)
	EM Completo	35 (25,9%)	22 (28,2%)	13 (22,8%)
	ES Completo	11 (8,1%)	2 (2,6%)	9 (15,8%)
Procedência de Santa Maria	Não	35 (25,5%)	22 (28,2%)	13 (22,0%)
	Sim	102 (74,5%)	56 (71,6%)	46 (78,0%)
Situação de residência	Sozinho	12 (8,8%)	7 (9,1%)	5 (8,5%)
	Com familiares	97 (71,3%)	57 (74,0%)	40 (67,8%)
	Com companheiro	22 (16,2%)	10 (13,0%)	12 (20,3%)
	Outros	2 (1,5%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)
	Sem residência fixa	3 (2,2%)	1 (1,3%)	2 (3,4%)
Renda familiar (R\$)		1665,44 (±1521,49)	1380,04 (±1100,66)	2006,69 (±1863,31)
Ocupação	Sem ocupação	69 (50,4%)	40 (51,3%)	29 (49,2%)
	Com ocupação	31 (22,6%)	20 (25,6%)	11 (18,6%)
	Em auxílio-doença	14 (10,2%)	8 (10,3%)	6 (10,2%)
	Aposentado	23 (16,8%)	10 (12,8%)	13 (22,0%)

Variáveis contínuas = \bar{x} (σ); categóricas: n (%); * $p \leq 0,05$ para Teste U de Mann-Whitney – variáveis contínuas e Teste X^2 para categóricas; Excluídos da análise: situação de residência - 1, renda familiar – 36.

Tabela 4.2 – Descrição do uso do serviço entre homens e mulheres

		Total	Homens	Mulheres
Nº consultas no PS-PSIQ nos 2 últimos anos		2,7 (±4,1)	2,5 (±4,3)	2,9 (±3,8)
	0	50 (36,5%)	33 (42,3%)	17 (28,8%)
	1	24 (17,5%)	11 (14,1%)	13 (22,0%)
	2	17 (12,4%)	10 (12,8%)	7 (11,9%)
	3 a 5	28 (20,4%)	14 (17,9%)	14 (23,7%)
	> 5	18 (13,1%)	10 (12,8%)	8 (13,6%)
Tempo de uso do PS-PSIQ (anos)		8,4 (±10,3)	7,6 (±10,3)	9,5 (±10,2)
	< 1 ano	42 (30,9%)	30 (38,5%)	12 (20,7%)
	1 a 5 anos	27 (19,9%)	14 (17,9%)	13 (22,4%)
	5 a 15 anos	40 (29,4%)	22 (28,2%)	18 (31,0%)
	> 15 anos	27 (19,9%)	12 (15,4%)	15 (25,9%)
Vínculo com serviço ambulatorial [†]	Amb. HUSM	37 (27,6%)	18 (23,7%)	19 (32,8%)
	CAPS	22 (16,4%)	12 (15,8%)	10 (17,2%)
	Outro	30 (22,4%)	13 (17,1%)	17 (29,3%)
	Nenhum	45 (33,6%)	33 (43,4%)	12 (20,7%)
Primeira consulta no PS-PSIQ	Não	108 (78,8%)	57 (73,1%)	51 (86,4%)
	Sim	29 (21,2%)	21 (26,9%)	8 (13,6%)
Primeira internação	Não	100 (73,0%)	58 (74,4%)	42 (71,2%)
	Sim	37 (27,0%)	20 (25,6%)	17 (28,8%)
Uso de psicofármacos antes da 1ª internação	Não	65 (50,0%)	39 (52,7%)	26 (46,4%)
	Sim	65 (50,0%)	35 (47,3%)	30 (53,6%)
Internação prévia na SO	Não	70 (51,9%)	41 (53,2%)	29 (50,0%)
	Sim	65 (48,1%)	36 (46,8%)	29 (50,0%)
Internação prévia na UPG	Não	64 (46,7%)	36 (46,2%)	28 (47,5%)
	Sim	73 (53,3%)	42 (53,8%)	31 (52,5%)
No. internações SO		1,2 (±2,3)	1,2 (±2,5)	1,3 (±2,1)
No. internações UPG		2,3 (±3,7)	2,1 (±3,7)	2,4 (±3,7)
Total de internações		3,3 (±4,6)	3,2 (±4,6)	3,5 (±4,6)
	0	40 (29,6%)	22 (28,6%)	18 (31,0%)
	1	29 (21,5%)	18 (23,4%)	11 (19,0%)
	2	16 (11,9%)	10 (13,0%)	6 (10,3%)
	3 a 5	40 (29,6%)	22 (28,6%)	18 (31,0%)
	> 5	10 (7,4%)	5 (6,5%)	5 (8,6%)
Idade de início da doença [†]		24 (±11,5)	23 (±10,6)	25 (±12,8)
Idade de início do tratamento		26 (±11,1)	25 (±11,4)	27 (±13,0)
Tempo de doença (anos) [†]		14 (±11,0)	12 (±10,6)	16 (±11,5)
Tempo de tratamento (anos) [†]		13 (±10,9)	10 (±10,6)	13 (±11,1)

Variáveis contínuas = \bar{x} (σ); categóricas: n (%);* Diferenças significativas; Excluídos da análise: tempo de uso do serviço - 1, vínculo com serviço - 3, internação prévia na SO - 2, uso de psicofármacos antes da primeira internação - 7, número total de internações na SO - 3, no. internações prévias na UPG - 1, total de internações prévias - 2. Demais variáveis com 100% válidos.

O tempo desde a primeira consulta no serviço foi muito variável, com uma média de oito anos, com aproximadamente um terço dos pacientes tendo sua primeira consulta há menos de um ano e um quinto consultando há mais de 15 anos. A maioria dos pacientes estava vinculada a algum serviço de saúde, sendo que a maior parte das mulheres tinha algum vínculo, ao contrário dos homens ($p=0,041^2$).

A idade média do início da doença foi de 23,7 anos e do início do tratamento foi 25,8, com uma diferença estatisticamente significativa³ ($p<0,001$), ou seja, não iniciaram o tratamento ao iniciar a doença, mas anos depois. Além disso, em média as mulheres encontravam-se doentes e em tratamento há mais tempo que os homens ($p=0,048$ e $0=0,047$, respectivamente⁴).

Aproximadamente metade da amostra já havia internado na SO e na UPG, com uma média de três internações no serviço, e iniciou o uso de psicofármacos apenas depois da primeira internação. Ou seja, a internação foi o início do tratamento para esses pacientes.

Um em cada quatro pacientes internaram pela primeira vez. Para esses indivíduos, quase 80% usavam o serviço há menos de um ano e 11% usavam o serviço há 15 anos ou mais⁵. Isso mostra que a maior parte dos indivíduos que internou pela primeira vez passou a ter descompensação da doença no último ano. Uma pequena parcela vinha estável com tratamento ambulatorial e depois de muitos anos teve uma descompensação mais grave da doença.

4.1.3 Características das internações

Quatro em cada cinco pacientes internou psicótico, um em cada cinco tentou o suicídio e um em cada cinco apresentava-se intoxicado por substâncias. A maioria havia internado principalmente por risco de heteroagressão, trazido ao serviço por familiar, mal aderente ao tratamento, necessitando de internação hospitalar em unidade fechada, independentemente do sexo (Tabela 4.3). A maioria dos homens internou involuntariamente, ao contrário das mulheres, com diferenças significativas.

² Teste X^2

³ Teste de Wilcoxon.

⁴ Teste U.

⁵ Não está na tabela.

Tabela 4.3 – Comparação das características das internações entre os sexos

		Total	Homens	Mulheres	<i>p</i>
<i>Hist. uso compulsivo:</i>					
Álcool	Não	91 (67,9%)	45 (58,4%)	46 (80,7%)	0,011 ^b
	Sim	43 (32,1%)	32 (41,6%)	11 (19,3%)	
Maconha	Não	101 (75,4%)	48 (62,3%)	53 (93,0%)	<0,001 ^b
	Sim	33 (24,6%)	29 (37,7%)	4 (7,0%)	
Cocaína ou crack	Não	101 (75,4%)	50 (64,9%)	51 (89,5%)	0,002 ^b
	Sim	33 (24,6%)	27 (35,1%)	6 (10,5%)	
Intoxicação por substâncias	Não	109 (79,6%)	59 (75,6%)	50 (84,7%)	0,280 ^b
	Álcool somente	15 (10,9%)	9 (11,5%)	6 (10,2%)	
	Múltiplas	13 (9,5%)	10 (12,8%)	3 (5,1%)	
Estado de abstinência	Não	127 (93,4%)	69 (89,6%)	58 (98,3%)	0,042 ^c
	Sim	9 (6,6%)	8 (10,4%)	1 (1,7%)	
Presença de psicose	Não	29 (21,1%)	14 (17,9%)	15 (25,4%)	0,396 ^b
	Sim	108 (78,8%)	64 (82,1%)	44 (74,6%)	
Tentativa de suicídio	Não	109 (79,6%)	65 (83,3%)	44 (74,6%)	0,296 ^b
	Sim	28 (20,4%)	13 (16,7%)	15 (25,4%)	
Uso de psicofármacos	Não	48 (35,0%)	33 (42,3%)	15 (25,4%)	0,061 ^b
	Sim	89 (65,0%)	44 (57,7%)	44 (74,6%)	
Aderência ao tto.	Não aderente	41 (31,8%)	26 (37,1%)	15 (25,4%)	0,203 ^b
	Parcialmente	49 (38,0%)	22 (31,4%)	27 (45,8%)	
	Aderente	39 (30,2%)	22 (31,4%)	17 (28,8%)	
Quem trouxe ao hospital	Chegou sozinho	8 (6,1%)	5 (6,8%)	3 (5,3%)	0,424 ^b
	Familiar	61 (46,6%)	29 (39,2%)	32 (56,1%)	
	SAMU	17 (13,0%)	11 (14,9%)	6 (10,5%)	
	Polícia	27 (20,6%)	18 (24,3%)	9 (15,8%)	
	Outros	18 (13,7%)	11 (14,9%)	7 (12,3%)	
Principal motivo de internação	RS	30 (21,9%)	13 (16,7%)	17 (28,8%)	0,305 ^b
	RA	76 (55,5%)	48 (61,5%)	28 (47,5%)	
	Esbater sintomas	23 (16,8%)	13 (16,7%)	10 (16,9%)	
	Outro	8 (5,8%)	4 (5,1%)	4 (6,8%)	
Caráter da internação	Voluntária	66 (48,2%)	30 (38,5%)	36 (61,0%)	0,015 ^b
	Involuntária	71 (51,8%)	48 (61,5%)	23 (39,0%)	
Destino pós-SO	Internação	80 (58,4%)	48 (61,5%)	32 (54,2%)	0,188 ^b
	Transferência	9 (6,6%)	7 (9,0%)	2 (3,4%)	
	Alta hospitalar	48 (35,0%)	23 (29,5%)	25 (42,4%)	

RS=risco de suicídio; RA=risco de agressão; Variáveis contínuas = \bar{x} (σ); categóricas: n (%); Excluídos da análise: tabagismo - 1, estado de abstinência - 1, medicação injetável antes de chegar no PS - 3, quem trouxe ao hospital - 6, aderência ao tratamento - 8, uso compulsivo prévio de álcool - 3, uso compulsivo prévio de maconha - 3, uso compulsivo prévio de cocaína ou crack - 3, história de tentativas de suicídio - 3. ^a Teste U ; ^b Teste X^2 ; ^c Teste Exato de Fisher.

A internação involuntária foi associada com história de agressão verbal ($p=0,025$) e física ($p=0,013$) na semana anterior⁴.

Embora a história de uso compulsivo prévio de álcool, maconha e cocaína/crack tenha ocorrido em uma minoria dos pacientes, estes eram predominantemente homens ($p=0,011$; $p<0,001$; e $p=0,002$, respectivamente). Da mesma forma ocorreu com os pacientes admitidos à internação em estado de abstinência por substâncias: dos nove pacientes, oito eram homens.

Apenas oito pacientes chegaram sozinhos ao hospital, sendo a maior parte trazida por familiares (46,6%), seguida pelos acompanhados pela polícia (20,6%). Destes últimos, 74,1% internaram pelo risco de heteroagressão e 22,2% pelo risco de autoagressão. Os pacientes levados pela polícia apresentaram significativamente mais história de agressão contra objetos na semana anterior que os levados por outros ($p=0,021$; $RP=2,36$; $IC95\%$ 1,19-4,66). Dos que foram trazidos pelo SAMU, a maioria também internou pelo risco de heteroagressão (70,6%), mas seguido por esbatimento dos sintomas (17,6%) e apenas um internou pelo risco de autoagressão (5,9%).

Com relação aos diagnósticos (Tabela 4.4), foram consideradas as hipóteses diagnósticas na nota de alta. Portanto, um paciente poderia ter mais de uma hipótese, não necessariamente comórbida. Os pacientes foram agrupados em categorias conforme a CID-10 (OMS). Observou-se que pouco mais da metade da amostra apresentava transtornos de humor, especialmente bipolar. Transtornos psicóticos ocorreram em 19%, enquanto 79% apresentavam sintomas psicóticos, conforme citado anteriormente. Portanto, a maioria dos pacientes com sintomas psicóticos apresentava outros diagnósticos (77,8%) que não transtornos psicóticos (22,2%) propriamente ditos.

O segundo grupo de diagnósticos mais prevalentes foram os transtornos de personalidade, com as mulheres apresentando mais diagnósticos de transtorno de personalidade em geral e, em especial, borderline. Menos prevalente, a hipótese diagnóstica de retardo mental ocorreu em apenas 10% da amostra, mas foi associada significativamente com o sexo masculino.

Apesar da história de uso compulsivo de substância ter sido diferente entre os sexos, a hipótese diagnóstica de uso de substâncias não apresentou associação significativa com o sexo. Até 32% da amostra tinha história de uso de algum tipo de

droga no passado, mas apenas 16% teve a hipótese diagnóstica atual do transtorno. A maioria dos usuários atuais usavam múltiplas substâncias (n=21) e poucos usavam apenas álcool (n=5) e cocaína (n=2). O diagnóstico de uso de substâncias esteve negativamente associado com psicose ($p=0,047$)⁶.

Tabela 4.4 — Prevalência das hipóteses diagnósticas entre os sexos e comparação através do Teste Exato de Fisher

	Total		Homens		Mulheres		<i>p</i> [*]
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<i>Transt. uso de substâncias (F10-F19)</i>	22	16,1%	15	19,2%	7	11,9%	0,133
Álcool	5	3,6%	3	3,8%	2	3,4%	1,000
Cocaína	2	1,5%	0	0,0%	2	3,4%	0,184
Múltiplas substâncias	21	15,3%	16	20,5%	5	8,5%	0,059
<i>Transtornos psicóticos (F20-F29)</i>	26	19,0%	18	23,1%	8	13,6%	0,191
Esquizofrenia	8	5,8%	4	5,1%	4	6,8%	0,725
Esquizaofetivo	7	5,1%	5	6,4%	2	3,4%	0,698
Psicose NE	11	8,0%	9	11,5%	2	3,4%	0,114
<i>Transtornos de humor (F30-F39)</i>	77	56,2%	38	48,7%	39	66,1%	0,056
Transtorno bipolar	64	46,7%	35	44,9%	29	49,2%	0,730
Depressão maior e recorrente	13	9,5%	4	5,1%	9	15,3%	0,074
<i>Transtornos de personalidade (F60.9)</i>	51	37,2%	23	29,5%	28	47,5%	0,034
Borderline	23	16,8%	6	7,7%	17	28,8%	0,002
Antissocial	5	3,6%	5	6,4%	0	0,0%	0,070
<i>Retardo mental (F70-F79)</i>	14	10,2%	12	15,4%	2	3,4%	0,024

O uso de psicofármacos no momento da internação não diferiu entre os sexos. Contudo, entre os que usavam psicofármacos (65%), o uso de antidepressivos foi mais frequente entre as mulheres⁷ (40,9% x 17,8%; $p=0,030$). Benzodiazepínicos foram os fármacos mais usados, seguidos pelos antipsicóticos atípicos e estabilizadores de humor. As medicações e percentuais entre os pacientes que usavam psicofármacos estão descritas na tabela 4.5.

⁶ Teste χ^2 - não está na tabela.

⁷ Não está na tabela.

Tabela 4.5 — Descrição dos psicofármacos em uso no momento da internação

Psicofármacos	<i>n</i>	%
Total	89	100%
Benzodiazepínicos	52	58,4%
Antipsicótico atípico	38	42,7%
Anticonvulsivantes	37	41,6%
Lítio	35	39,3%
Outros psicofármacos	30	33,7%
Antipsicótico de baixa potência	27	30,3%
Antipsicótico de alta potência	26	29,2%
Antidepressivo	26	29,2%
Clozapina	3	3,4%

Percentuais relativos aos pacientes que estavam em uso de psicofármacos no momento da internação.

4.2 Prevalência da agressividade

A prevalência da agressividade nas primeiras 24 horas de internação, um dos principais objetivos deste estudo, foi estimada em 41,6%, incluindo qualquer forma de agressão (Tabela 4.6). Houve um predomínio da agressividade verbal, ocorrendo em aproximadamente dois a cada cinco pacientes que internaram. Em uma a cada 11 internações, os pacientes internados incorreram em ataques físicos diretos e contra objetos.

Tabela 4.6 — Estimativa da prevalência de agressividade nas primeiras 24 horas de internação, para a população de pacientes internados no Serviço de Psiquiatria do HUSM

	Sim			Não		
	<i>n</i>	%	IC 95%	<i>n</i>	%	IC 95%
Agressividade (qualquer tipo)	57	41,60%	32,8%-50,4%	80	58,40%	49,6%-67,2%
Agressividade verbal	51	37,20%	29,2%-45,2%	86	62,80%	54,8%-70,8%
Agressividade contra objetos	12	8,80%	5,1%-13,9%	125	91,20%	86,1%-94,9%
Agressividade física	12	8,80%	4,4%-13,9%	125	91,20%	86,1%-95,6%
Autoagressividade	8	5,80%	2,9%-10,2%	129	94,20%	89,8%-97,1%

IC 95%= Intervalos de confiança de 95%

Muitos pacientes exibiram tipos diferentes de agressão em um mesmo episódio, exceto os agressivos verbalmente, os quais 72,5% agrediram somente dessa forma (Gráfico 4.1). Dos pacientes que foram agressivos contra objetos, apenas 17% não apresentaram outras formas de agressão, sugerindo que os indivíduos destrutivos costumam ser agressivos verbalmente (83%) e fisicamente (58%).

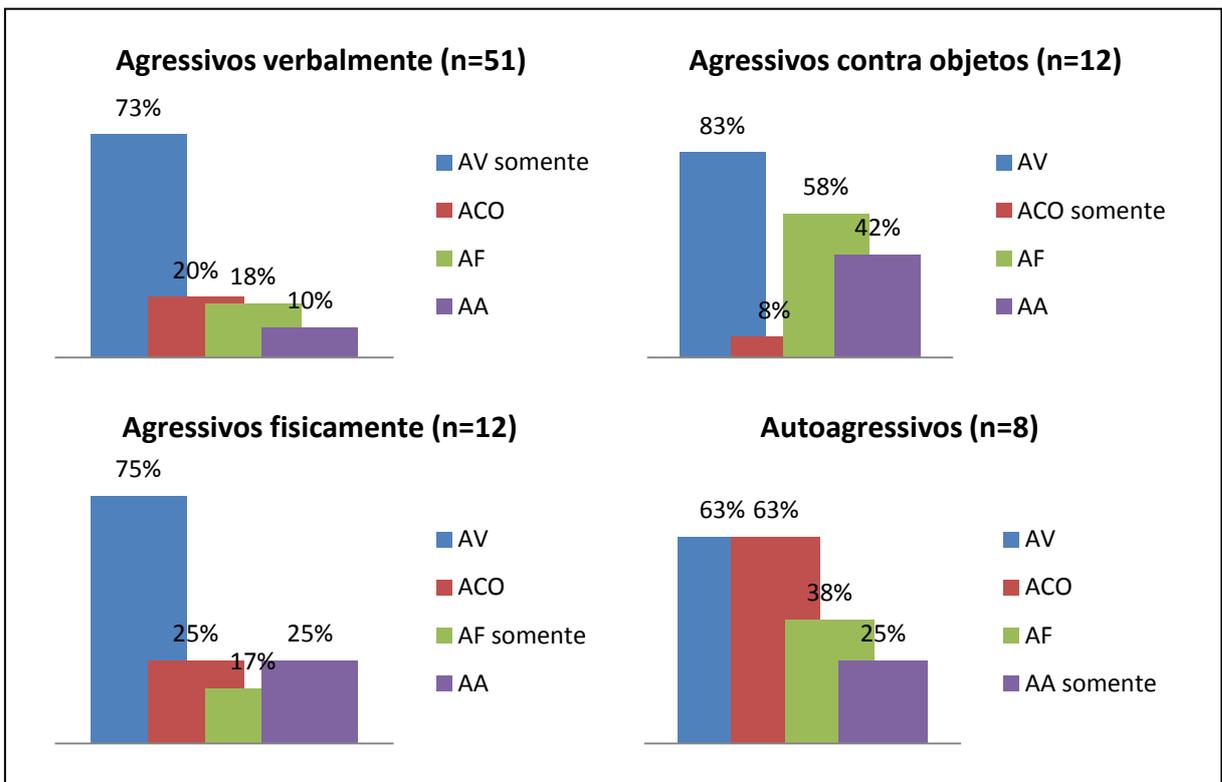


Gráfico 4.1 — Tipos de agressividade combinados. Os indivíduos agressivos contra objetos foram os que apresentaram mais tipos de agressividade combinados: 83% também foram verbalmente agressivos, 58% fisicamente agressivos e 42% autoagressivos.

AV = agressão verbal; ACO = agressão contra objetos; AF = agressão física; AA = autoagressão.

Uma minoria dos pacientes foi autoagressiva; contudo, de maneira semelhante, 63% deles também apresentaram agressão verbal e contra objetos e 38% foram também agressivos fisicamente, sendo que dos oito pacientes, apenas dois foram somente autoagressivos. Pode-se supor que indivíduos autoagressivos mesmo dentro do hospital apresentavam-se bastante graves, sendo a autoagressividade expressão máxima da psicopatologia e descontrole de impulsos.

Intervenções não farmacológicas como conversa e observação foram realizadas em aproximadamente metade dos episódios (Tabela 4.7). Contudo, de maneira geral, a principal medida tomada no manejo da agressividade foi a aplicação imediata de medicação intramuscular, em 63,2% dos pacientes agressivos.

Tabela 4.7 — Medidas adotadas para o manejo dos pacientes agressivos nas primeiras 24 horas de internação

	Total		AV		ACO		AF		AA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conversa	28	49,1%	25	49,0%	9	75,0%	6	50,0%	5	62,5%
Observação	26	45,6%	24	47,1%	7	58,3%	6	50,0%	4	50,0%
Controle	16	28,1%	15	29,4%	4	33,3%	7	58,3%	2	25,0%
Medicação IM	36	63,2%	33	64,7%	10	83,3%	11	91,7%	7	87,5%
Medicação VO	11	19,3%	8	15,7%	3	25,0%	2	16,7%	4	50,0%
Isolamento total	1	1,8%	1	2,0%	1	8,3%	1	8,3%	0	0,0%
Contenção	27	47,4%	24	47,1%	9	75,0%	10	83,3%	7	87,5%
Alvo: outro paciente	4	7,0%	3	5,9%	3	25,0%	2	16,7%	4	50,0%
Alvo: equipe	27	47,4%	26	51,0%	8	66,7%	7	58,3%	4	50,0%
Alvo: familiar	26	45,6%	24	47,1%	3	25,0%	6	50,0%	0	0,0%
Total	57	100,0%	51	100,0%	12	100,0%	12	100,0%	8	100,0%

AV = agressão verbal; ACO = agressão contra objetos; AF = agressão física; AA = autoagressão

Como esperado, quase todos os episódios de agressividade física foram manejados com medicação intramuscular (91,7%), acompanhado de contenção mecânica (83,3%). Essas medidas também ocorreram em quase todos os indivíduos autoagressivos, cuja metade também agrediu a equipe e outros pacientes, corroborando com a suposição de que indivíduos que atacam a si mesmos no ambiente hospitalar apresentam-se bastante graves psicopatologicamente. Os agressivos fisicamente agressivos agrediram predominantemente a equipe e os familiares acompanhantes e eventualmente outros pacientes.

O principal alvo das agressões foi a equipe, seguido pelo familiar acompanhante. Em uma minoria dos casos (7%) outros pacientes foram alvo de

agressão. Um membro da equipe (vigilante) ficou ferido a ponto de necessitar de atendimento médico imediato.

As principais medicações utilizadas no manejo estão ilustradas no gráfico 4.2, abaixo. Entre os agressivos, foram usadas medicações intramusculares como primeira escolha em 60% dos pacientes. A olanzapina foi a medicação preferida no serviço, em todas as vezes que se necessitou de medicação intramuscular. Na primeira vez que o paciente foi medicado a via intramuscular foi usada em 85% dos pacientes. Na segunda, 57% das prescrições foram por via intramuscular e 43%, por via oral. Da terceira vez houve novamente um predomínio das medicações intramusculares em relação às por via oral (75% x 25%, respectivamente).

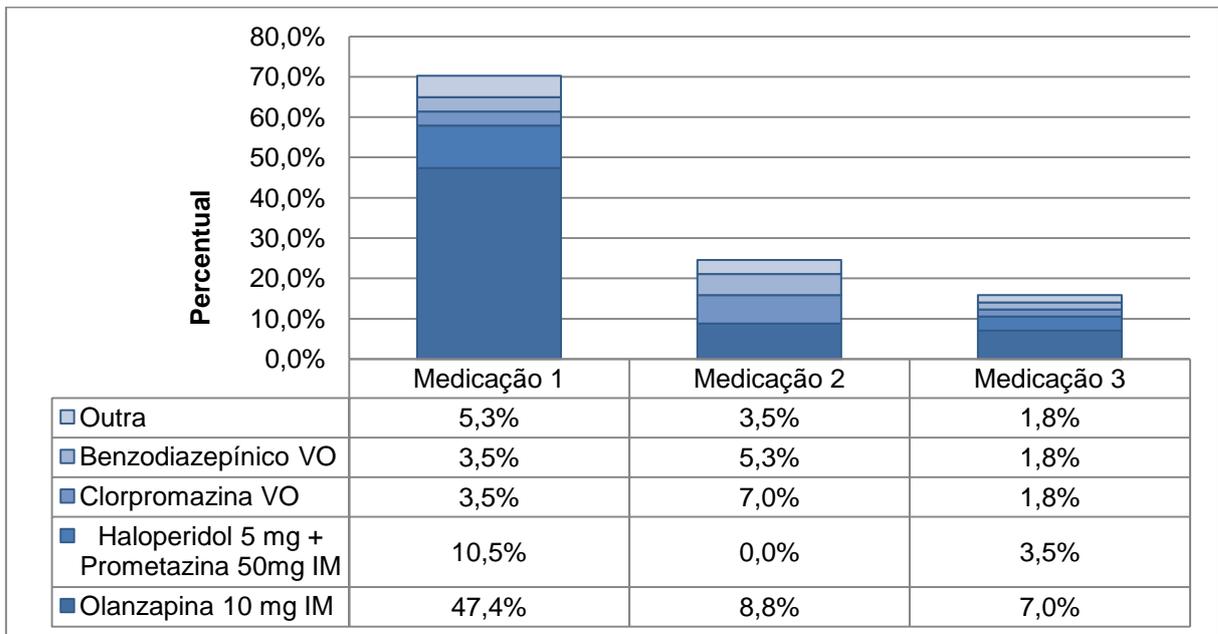


Gráfico 4.2 — Medicações utilizadas em pacientes agressivos.

4.3 Fatores de risco

Os fatores de risco encontrados estão apresentados na tabela 4.8. Não foi encontrada associação significativa entre agressividade nas primeiras 24 horas de internação e sexo, idade, etnia, situação conjugal, situação de residência, ocupação, primeira consulta ou primeira internação, ter vínculo com serviço de saúde, psicose,

tentativa de suicídio, estado de abstinência ou intoxicação por substâncias na consulta e história de qualquer tipo de agressão no passado.

Tabela 4.8 — Resultados significativos do Teste X^2 , razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) dos fatores de risco para agressividade nas primeiras 24 horas de internação

		Agressividade nas 24 horas			<i>p</i>	RP	IC 95%
		Não	Sim	Total			
Internação involuntária	Não	48 (60,0%)	18 (31,6%)	66 (48,2%)	0,020	2,0	1,3-3,1
	Sim	32 (40,0%)	39 (68,4%)	71 (51,8%)			
	Total	80 (100%)	57 (100%)	137 (100%)			
Tabagismo	Não	48 (60,8%)	24 (42,1%)	72 (52,9%)	0,048	1,5	1,0-2,3
	Sim	31 (39,2%)	33 (57,9%)	64 (47,1%)			
	Total	79 (100%)	57 (100%)	136 (100%)			
Hist. uso compulsivo de maconha	Não	67 (84,8%)	34 (61,8%)	101 (75,4%)	0,004	1,9	1,3-2,7
	Sim	12 (15,2%)	21 (38,2%)	33 (24,6%)			
	Total	79 (100%)	55 (100%)	134 (100%)			
Hist. uso compulsivo de cocaína ou crack	Não	66 (83,5%)	35 (63,6%)	101 (75,4%)	0,015	1,7	1,2-2,6
	Sim	13 (16,5%)	20 (36,4%)	33 (24,6%)			
	Total	79 (100%)	55 (100%)	134 (100%)			
Hist. agressão na semana anterior	Não	17 (21,3%)	2 (3,5%)	19 (13,9%)	0,007	4,4	1,2-16,7
	Sim	63 (78,8%)	55 (96,5%)	118 (86,1%)			
	Total	80 (100%)	57 (100%)	137 (100%)			
AV na semana anterior	Não	26 (32,5%)	7 (12,3%)	33 (24,1%)	0,012	2,8	1,1-4,5
	Sim	54 (67,5%)	50 (87,7%)	104 (75,9%)			
	Total	80 (100%)	57 (100%)	137 (100%)			
ACO na semana anterior	Não	56 (70,0%)	28 (49,1%)	84 (61,3%)	0,022	1,6	1,1-2,4
	Sim	24 (30,0%)	29 (50,9%)	53 (38,7%)			
	Total	80 (100%)	57 (100%)	137 (100%)			
AF na semana anterior	Não	48 (60,0%)	21 (36,8%)	69 (50,4%)	0,012	1,7	1,1-2,7
	Sim	32 (40,0%)	36 (63,2%)	68 (49,6%)			
	Total	80 (100%)	57 (100%)	137 (100%)			
Envolvimento com a justiça por agressividade	Não	62 (81,6%)	36 (64,3%)	98 (74,2%)	0,041	1,6	1,1-2,3
	Sim	14 (18,4%)	20 (35,7%)	34 (25,8%)			
	Total	76 (100%)	56 (100%)	132 (100%)			

AV = agressão verbal; ACO = agressão contra objetos; AF = agressão física; Excluídos da análise: tabagismo – 1; uso compulsivo prévio de álcool – 3, maconha – 3, cocaína/crack 3; env. com a justiça por agressividade – 5.

Conforme o esperado, o caráter de internação involuntária foi significativamente relacionado com a agressividade nas primeiras 24 horas de internação, com uma prevalência duas vezes maior. Da mesma forma, a história de agressão na semana anterior à internação foi um fator preditivo importante. Indivíduos que agrediram na semana anterior, de qualquer forma, tiveram uma probabilidade quatro vezes maior de apresentar qualquer forma de agressividade no hospital. Além disso, indivíduos com história de envolvimento com a justiça por agressividade tiveram uma prevalência de agressão 60% maior nas primeiras 24 horas de internação.

Com relação ao uso de substâncias, identificou-se que os fumantes tiveram uma prevalência 55% maior de agressividade do que os não fumantes. Indivíduos que fizeram uso compulsivo de maconha e cocaína em qualquer momento do passado também apresentaram maior prevalência de agressão. O diagnóstico de transtorno de uso de múltiplas substâncias (Tabela 4.9) também apresentou associação significativa, com uma razão de prevalência de 1,97 (IC 95% 1,37-2,84).

Tabela 4.9 — Resultados do Teste Exato de Fisher para o cruzamento das hipóteses diagnósticas com a agressividade nas primeiras 24 horas de internação

	Não agressivos		Agressivos		<i>p</i>
	n	%	n	%	
<i>Transtorno de uso de substâncias (F10-F19)</i>	10	12,5%	17	29,8%	0,016
Álcool (somente) (F10)	3	3,8%	2	3,5%	1,000
Cocaína ou crack (somente) (F14)	1	1,3%	1	1,8%	1,000
Múltiplas substâncias (F19)	6	7,5%	15	26,3%	0,004
<i>Transtornos psicóticos (F20-F29)</i>	15	18,8%	11	19,3%	1,000
Esquizofrenia (F20)	6	7,5%	2	3,5%	0,469
Esquizoafetivo (F25)	4	5,0%	3	5,3%	1,000
Psicose NE (F29)	5	6,3%	6	10,5%	0,525
<i>Transtornos de humor (F30-F39)</i>	48	60,0%	29	50,9%	0,301
Transtorno bipolar (F31)	36	45,0%	28	49,1%	0,729
Depressão maior e recorrente (F32 e F33)	13	16,3%	0	0,0%	0,001
<i>Transtornos de personalidade (F60.9)</i>	33	41,3%	18	31,6%	0,285
Borderline (F60.3)	16	20,0%	7	12,3%	0,257
Antissocial (F60.2)	2	2,5%	3	5,3%	0,649
<i>Retardo mental (F70-F79)</i>	10	12,5%	4	7,0%	0,395
Total	80	100%	57	100%	

Conforme o esperado, o diagnóstico de depressão foi associado negativamente com a agressividade⁸. Não foram encontradas associações com outros diagnósticos e agressividade de uma maneira geral, nas primeiras 24 horas de internação.

Após essa primeira análise dos fatores de risco, procurou-se fatores associados com cada forma de agressão: verbal, contra objetos, autoagressão e agressão física (Tabela 4.10). Os transtornos psicóticos foram fortemente associados à agressividade física. Contudo, os diagnósticos de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e psicose não especificada não tiveram diferenças significativas.

Tabela 4.10 Resultados significativos do Teste Exato de Fisher, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança (IC) dos fatores de risco para tipos específicos de agressividade nas primeiras 24 horas de internação

Variáveis	<i>p</i>	RP	IC 95%
<i>Agressividade verbal</i>			
Tabagismo	0,050	1,61	1,03-2,51
Internação involuntária	0,003	4,65	1,25-3,31
Uso compulsivo prévio de maconha	0,006	1,94	1,27-2,95
Uso compulsivo prévio de cocaína/crack	0,021	1,78	1,16-2,73
História de (qualquer) agressão na semana anterior	0,010	3,94	1,05-14,89
História de agressão verbal na semana anterior	0,012	2,38	1,12-5,07
História de agressão física na semana anterior	0,022	1,71	1,08-2,70
<i>Agressividade contra objetos</i>			
Internação involuntária	0,032	4,65	1,06-20,43
História de agressão contra objetos na semana anterior	0,011	4,75	1,35-16,77
<i>Agressão física</i>			
Internação involuntária	0,032	4,65	1,06-20,43
Transtornos psicóticos (CID-10 F20-F29)	0,011	4,27	1,50-12,17
<i>Autoagressão</i>			
História de agressão contra objetos na semana anterior	0,006	11,09	1,40-87,65
História de autoagressão na semana anterior	0,013	5,94	1,51-23,46
Trazidos pela polícia	0,056	2,85	1,03-14,41

Excluídos da análise – história de uso compulsivo de álcool – 3, maconha – 3, cocaína/crack – 3, trazidos pela polícia – 6.

⁸ A razão de prevalência para esta variável não pode ser calculada porque nenhum indivíduo com depressão foi agressivo.

Exceto para a autoagressão, a internação involuntária aumentou em quase cinco vezes a prevalência de agressividade verbal, contra objetos e física, sendo um fator de risco importante. O tabagismo e o uso compulsivo prévio de maconha e cocaína foram relacionados apenas à agressividade verbal.

A história de agressão verbal na semana anterior associou-se à agressão verbal no hospital. Da mesma forma, a agressão contra objetos e a autoagressão na semana anterior foram fatores de risco para a agressividade contra objetos e contra si mesmos, respectivamente, no hospital. A história de agressão contra objetos na semana anterior à internação apresentou associação muito forte com a autoagressão na internação, com uma prevalência 11 vezes maior.

4.4 Gravidade da psicopatologia e agressividade

Além dos fatores de risco, testou-se a hipótese de que indivíduos agressivos apresentam diferenças na gravidade da psicopatologia em relação aos indivíduos não agressivos ($H_1: BPRS_A \neq BPRS_{NA}$). O resultado foi que a média da pontuação da escala BPRS foi maior para os agressivos (42) do que para os não agressivos (34), com diferenças significativas. As diferenças foram significativas em todos os componentes, sendo a associação negativa apenas para ansiedade-depressão, da mesma forma que o diagnóstico de transtornos depressivos, como citado anteriormente. A pontuação foi maior nos pacientes agressivos nos componentes retraimento-retardo, distúrbio do pensamento e, principalmente, ativação. Os resultados para cada item e cada subgrupo de sintomas da escala encontram-se na tabela 4.11.

Além disso, compararam-se as pontuações na BPRS entre pacientes hostis (agressivos verbalmente e contra objetos) e violentos (agressivos fisicamente). A média do total da escala BPRS foi maior nos violentos que nos hostis. Os resultados foram significativos para os fatores retraimento-retardo, distúrbio do pensamento e ativação. Os itens que tiveram associação significativa estão apresentados na tabela 4.12.

Adicionalmente, compararam-se indivíduos heteroagressivos (agressão verbal, contra objetos e física) com os indivíduos autoagressivos. Conforme o suposto anteriormente, os pacientes autoagressivos apresentaram maior gravidade

da psicopatologia e do comportamento, com maior pontuação total da escala BPRS (Tabela 4.13). Da mesma forma que os violentos em relação aos hostis, os autoagressivos apresentaram maior pontuação nos componentes retraimento-retardo, distúrbios do pensamento e ativação.

Tabela 4.11 — Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos agressivos e não agressivos nas primeiras 24 horas e resultado do Teste U de Mann-Whitney

	Agressividade 24 horas		<i>p</i>
	Não	Sim	
BPRS Total	34,03	41,85	0,001
<i>Ansiedade-depressão</i>	8,80	4,94	<0,001
1. Preocupação somática	1,01	0,64	0,058
2. Ansiedade	2,83	2,30	0,148
5. Sentimentos de culpa	2,08	1,02	0,006
9. Humor depressivo	2,94	1,02	<0,001
<i>Retraimento-retardo</i>	5,87	7,85	0,027
3. Retraimento afetivo	1,89	2,06	0,923
13. Retardo psicomotor	0,86	0,25	0,003
14. Falta de cooperação	0,68	2,96	<0,001
16. Afeto embotado	1,34	0,89	0,042
18. Desorientação	1,11	1,70	0,195
<i>Distúrbio do pensamento</i>	14,08	17,89	0,003
4. Desorganização conceitual	1,62	2,75	0,005
10. Hostilidade	3,55	4,96	<0,001
11. Desconfiança	2,91	3,96	0,016
12. Comportamento alucinatório	2,77	2,60	0,798
15. Alteração do conteúdo do pensamento	3,27	3,75	0,247
<i>Ativação</i>	5,21	11,17	<0,001
6. Tensão	1,76	3,55	<0,001
7. Maneirismos e postura	0,58	0,92	0,275
8. Idéias de grandeza	1,32	2,43	0,003
17. Excitação	1,55	4,26	<0,001

n=124. Média da pontuação na BPRS.

Tabela 4.12 — Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos hostis e violentos nas primeiras 24 horas e resultados significativos do Teste U de Mann-Whitney (n=51)

	Hostilidade	Violência	<i>p</i>
<i>Retraimento-retardo</i>	6,62	11,33	0,020
Retraimento afetivo	1,44	3,58	0,011
<i>Distúrbio do pensamento</i>	16,15	23,25	0,001
Desconfiança	3,68	4,83	0,029
Comportamento alucinatório	1,97	4,25	0,007
Conteúdo do pensamento	3,36	5,08	0,007
Hostilidade	4,77	5,42	0,009
<i>Ativação</i>	10,05	14,33	0,007
Tensão	3,18	4,67	0,019
Excitação	3,97	5,25	0,012
Maneirismos e postura	0,51	1,92	0,018
BPRS Total	37,62	53,33	0,003

Tabela 4.13 — Médias da pontuação da BPRS entre indivíduos heteroagressivos e autoagressivos nas primeiras 24 horas e resultados significativos do Teste U de Mann-Whitney (n=53)

	Heteroagressivos	Autoagressivos	<i>p</i>
<i>Retraimento-retardo</i>	7,07	12,25	0,015
Retraimento afetivo	1,64	4,38	0,019
Desorientação	1,40	3,38	0,012
<i>Distúrbio do pensamento</i>	17,04	22,63	0,028
Desorganização conceitual	2,38	4,88	0,006
Comportamento alucinatório	2,27	4,50	0,031
<i>Ativação</i>	10,31	16,00	0,004
Tensão	3,27	5,13	0,009
Excitação	4,09	5,25	0,041
BPRS Total	39,29	56,25	0,005

Finalmente, observou-se que quanto mais grave foi o tipo de agressão, maior a pontuação na escala BPRS. Isso ocorreu tanto em relação ao total da escala quanto nos seus fatores, exceto para ansiedade-depressão, até porque, como relatado, esse componente esteve negativamente associado com agressividade. Essas diferenças estão ilustradas no gráfico 4.3.

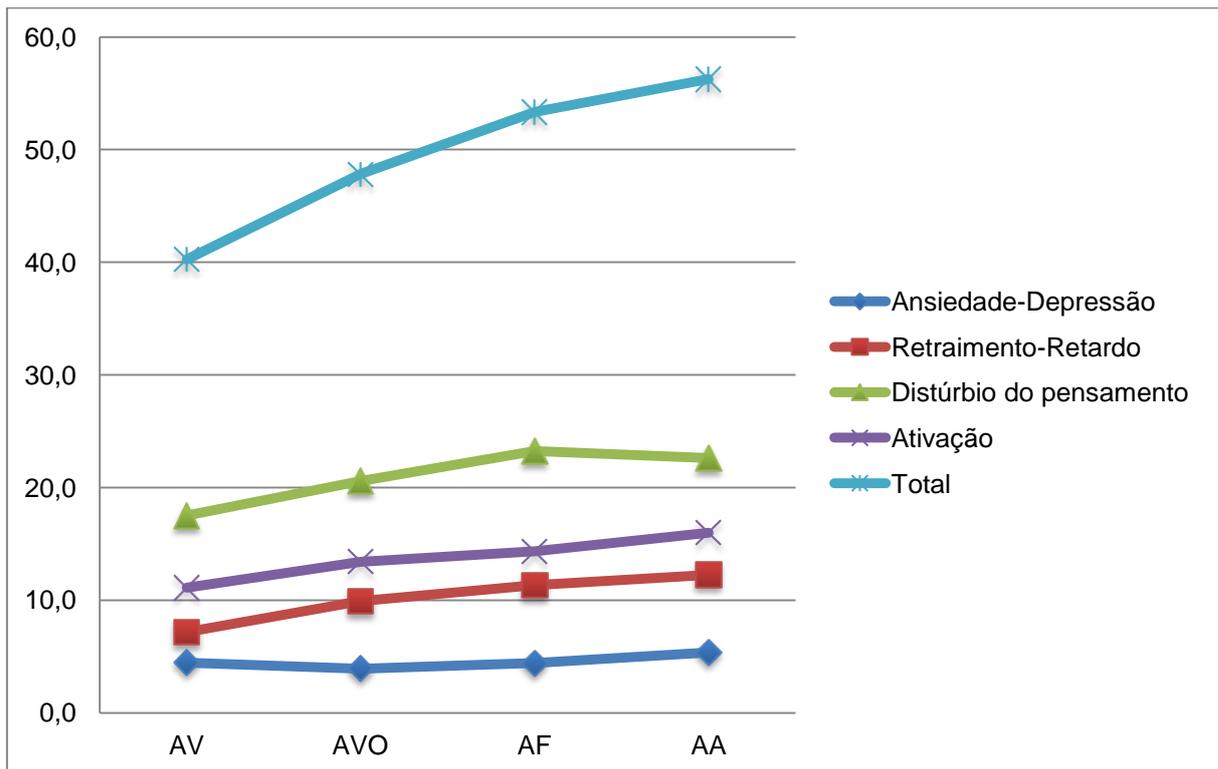


Gráfico 4.3 — Pontuações totais e de cada componente da BPRS entre os grupos de pacientes agressivos, de acordo com a gravidade das agressões.

5. DISCUSSÃO

No estudo realizado, a prevalência de agressividade encontrada, durante as primeiras 24 horas de internação psiquiátrica, foi de 41,6%, sendo 37,2% agressividade verbal. Esses achados são semelhantes aos do estudo multicêntrico de Ballerini et al. (2007b), com prevalências de 46,4% e 37,8%, respectivamente. Nesse estudo, realizado em 62 serviços de emergência psiquiátrica na Itália, a agressividade física foi mais que o dobro (20,5%) do encontrado em nossa realidade (8,8%). Entretanto, SEPs dos Estados Unidos e Austrália mostram prevalências menores para agressividade de uma maneira geral, de 14,1% a 38,8% (BRAKOULIAS et al., 2010; RABINOWITZ et al., 1995; LYNCH; NOEL, 2010). Apesar de ser menos grave, a agressão verbal é muito comum e, portanto, persistente no ambiente de trabalho. Apesar de não causar danos físicos, pode causar danos psicológicos, além de aumentar o nível de estresse no trabalho.

A agressão física, entretanto, ocorreu, em média, a cada duas semanas, neste estudo. Considerando-se que 58% dos episódios de agressão física direcionaram-se contra membros da equipe, pode-se dizer que, a cada mês, pelo menos um funcionário foi agredido. Esse dado demonstra a necessidade de intervenção firme nesses pacientes, por um lado, e por outro, a necessidade de treinamento e capacitação profissional dos funcionários que atuam diretamente no manejo, para reconhecer precocemente indivíduos com maior risco de violência e abordá-los da melhor forma.

A literatura considera que a agressividade ocorrida no hospital é maior no primeiro dia de internação e costuma diminuir ao longo da internação (ABDERHALDEN et al., 2007; BALLERINI et al., 2007a; BARLOW; GRENYER; ILKIW-LAVALLE, 2000). Apesar do estudo ter mensurado a agressividade somente nas primeiras 24 horas de internação, a prevalência encontrada pode ser utilizada como uma boa estimativa da prevalência durante a internação psiquiátrica em nosso serviço.

A principal medida para o manejo da agressividade foi a aplicação imediata de medicação parenteral. Quase todos os pacientes agressivos fisicamente e autoagressivos necessitaram de medicação intramuscular e contenção mecânica. A medicação preferida, na maioria das vezes, foi a olanzapina 10mg, aplicada por via

intramuscular. Esse medicamento é bastante eficaz no manejo da agitação psicomotora e produz poucos efeitos colaterais se comparado às outras opções de tratamento (BALDAÇARA et al., 2011; MANTOVANI et al., 2010). Os alvos da agressividade foram membros da equipe (47,5%) e familiares (45,6%).

A agressividade, de qualquer tipo, na semana anterior à internação, foi muito frequente (86,1%). Colasanti et al. (2008) haviam encontrado uma prevalência semelhante, de 78%, e também encontraram associação significativa entre história de agressão na semana anterior e internação involuntária. Em nosso estudo, adicionalmente, a história de agressão na última semana foi associada a qualquer tipo de agressividade nas primeiras 24 horas de internação, sobretudo à agressividade verbal. Os agressivos verbalmente e os autoagressivos antes de internar seguem mantendo esses comportamentos nas primeiras 24 horas. Já indivíduos destrutivos seguem destrutivos e podem tornar-se autoagressivos.

Analisando esses dados, sugere-se que há uma tendência do paciente repetir o tipo de comportamento agressivo também durante o hospital. Contudo, sujeitos fisicamente agressivos na semana anterior reduzem o grau de agressividade no primeiro dia de internação, tornando-se verbalmente agressivos, provavelmente em virtude do tratamento hospitalar.

A história de agressão é um item importante a ser considerado na avaliação de pacientes agressivos ou potencialmente agressivos no momento da chegada ao pronto socorro. Em nosso estudo encontrou-se associação com agressividade na semana anterior à internação, mas não foi encontrada associação significativa entre história prévia de agressão e agressividade no hospital, apesar da literatura referir-se como um fator de risco (AMORE et al., 2008; STEINERT, 2002). Quase toda a amostra (94,7%) tinha história de agressão no passado (desconsiderando a semana anterior à internação) e, portanto, o estudo pode não ter tido poder para identificar diferenças significantes para essa variável. Entretanto, a história de envolvimento com a justiça por agressividade – medida que aproxima a consequência legal da agressão no passado –, foi um fator associado à agressividade nas 24 horas de internação. A internação involuntária foi associada com agressividade verbal, contra objetos e física, só não sendo relacionada à autoagressividade. Biancosino et al. (2009) já haviam demonstrado a associação entre caráter da internação involuntária e agressividade.

A agressividade também foi associada à história de uso compulsivo prévio de substâncias (maconha e cocaína) e diagnóstico atual de transtorno de uso de múltiplas substâncias. Contudo, não houve associação com o estado de intoxicação, nem com o estado de abstinência. Concordamos com Dhossche (1999), ao concluir que a agressividade, nesse contexto, não é uma manifestação do uso recente de substâncias. Também não foi encontrada associação entre agressividade e uso de álcool, diferente de outros estudos (BIANCOSINO et al., 2009; BOWERS et al., 2009).

O tabagismo foi associado com agressividade, principalmente verbal, de maneira semelhante à Chou, Lu e Mao (2002). Isso possivelmente deva-se ao fato de que a regra do serviço é que os pacientes internados na sala de observação do pronto socorro não podem sair para fumar e na unidade podem sair em horários restritos (apenas dois cigarros, três vezes por dia). Portanto, a fissura pelo uso do cigarro pode aumentar a irritabilidade dos pacientes e, conseqüentemente, a agressão verbal. Essa regra existe por uma questão de segurança, já que para ter acesso a um dos pátios o paciente necessitaria circular pelos corredores do hospital, facilitando, assim, a sua fuga. Esse dado motiva a discussão no serviço de uma medida mais eficaz de lidar com a situação do tabagismo, principalmente na sala de observação do PS-PSIQ, por exemplo, adotando o uso de reposição de nicotina.

Os transtornos psicóticos (CID-10 F20-F29) tiveram forte associação com agressividade física, embora não relacionados à agressividade em geral, enquanto transtornos depressivos (CID-10 F32 e F33) apresentaram associação inversa. Estudos já haviam encontrado associação com transtornos psicóticos, esquizofrenia, transtorno bipolar, história de violência, adultos jovens, uso de substâncias e relação inversa com depressão (ABDERHALDEN et al., 2007; AMORE et al., 2008; BARLOW; GRENYER; ILKIW-LAVALLE, 2000; BIANCOSINO et al., 2009; EL-BADRI; MELLISOP, 2006; FERGUSON et al., 2005; FLANNERY et al., 2011; KETELSEN et al., 2007; QUANBECK et al., 2007; SERPER et al., 2005; RAJA; AZZONI, 2005).

Neste estudo, sexo e idade não tiveram associação com agressividade, assim como diagnósticos de transtorno bipolar, transtornos de uso de álcool e transtornos de personalidade. Contudo, há que se considerar que o tamanho da amostra pode ter sido insuficiente para detectar essas diferenças, e por esse motivo não foi realizada análise estratificada. Flannery et al. (2011) descreveram que em 20 anos

de um programa de atendimento a membros da equipe de saúde vítimas de agressão por pacientes, os agressores foram homens mais velhos com diagnóstico de esquizofrenia ou mulheres mais jovens com diagnóstico de transtornos de personalidade e vitimadas pela violência, ambos com uso de substâncias e história de agressão.

Conforme Steinert (2002), os preditores mais importantes para o comportamento agressivo são a história de agressão e a gravidade da patologia. Concordamos com Amore et al. (2008) e Biancosino et al. (2009), os quais afirmam que os indivíduos agressivos têm maior pontuação na escala BPRS. Os itens relacionados positivamente com a agressividade que apresentaram diferenças significativas foram: hostilidade, desconfiança, ideias de grandeza, falta de cooperação, desorganização conceitual, tensão e excitação. Os três primeiros foram pontuados através de relato dos sintomas. O item hostilidade representa os sentimentos e atuação da raiva, e relaciona-se, naturalmente, com a história de agressão na semana anterior, só que nesse caso considerou-se as 48 horas prévias à internação. O item desconfiança diz respeito à intensidade dos pensamentos de perseguição e referência, desde a desconfiança em raras ocasiões até os delírios de perseguição disseminados. Ideias de grandeza compreendem relatos de autoconfiança exagerada até os delírios de grandeza que envolvem a quase totalidade da entrevista. Os itens pontuados através da observação são a desorganização conceitual (alteração de pensamento, grau de incompreensibilidade da fala, frouxidão de associações), a falta de cooperação com a entrevista (resistência do paciente à entrevista), a excitabilidade (irritabilidade, expansividade, fúria) e a tensão (grau de inquietação ou agitação motora). Os itens retardo psicomotor, afeto embotado, sentimentos de culpa e humor depressivo foram relacionados negativamente.

Pode-se concluir que o paciente agressivo encontra-se num quadro de psicose e agitação psicomotora no qual a expansividade, irritabilidade, grandiosidade, paranoia e alterações da produção do pensamento caracterizam a agressividade impulsiva e/ou psicótica. Da mesma forma, pacientes não agressivos tendem a apresentar mais sintomas depressivos e retraimento. Com relação aos fatores propostos por Crippa et al. (2002), encontrou-se associação positiva entre os fatores ativação, distúrbio do pensamento e retraimento-retardo, e negativa para ansiedade-depressão. Embora o componente retraimento-retardo tenha sido

relacionado positivamente, isso se deve ao item “falta de cooperação”, que em nosso estudo parece estar relacionado, na verdade, com agitação psicomotora e sintomas psicóticos. A versão brasileira da escala BPRS tem os seus fatores próprios, pouco diferentes da literatura estrangeira, mas as associações encontradas apontam para a mesma direção, relacionando a agressividade ocorrida no hospital à agitação e psicose (ROMANO; ELKIS, 1996; CRIPPA et al., 2002; AMORE et al., 2008; COLASANTI et al., 2010; RAJA; AZONI, 2005; HUBER et al., 2012).

Entre os grupos de pacientes agressivos, os violentos apresentaram maior pontuação em diversos itens da escala BPRS, além do total da escala. Os itens desconfiança, tensão, hostilidade e excitação já haviam sido relacionados a qualquer tipo de agressividade nas primeiras 24 horas e tiveram maior pontuação nos pacientes violentos que nos hostis. Adicionalmente, outros quatro itens foram associados, dois sintomas negativos e dois sintomas positivos. O retraimento afetivo representa a ausência de vínculo afetivo e desconexão com o entrevistador. Maneirismos e postura relacionam-se a comportamento motor anormal, posturas bizarras. O comportamento alucinatório e o conteúdo do pensamento referem-se à gravidade e influência das alucinações e delírios sobre o comportamento. Esses quatro itens fazem parte de quadros psicóticos e, de uma maneira geral, refletem o grau de afastamento da realidade, maior nos violentos. Portanto, conclui-se que os pacientes violentos encontravam-se mais agitados e tinham o comportamento gravemente influenciado pelos sintomas psicóticos.

Os indivíduos autoagressivos apresentaram maior pontuação nos itens tensão, excitação, comportamento alucinatório e retraimento afetivo que os heteroagressivos, da mesma forma que os violentos em relação aos hostis. Mas a principal diferença foi que apresentaram maior desorientação e desorganização conceitual. Isso representa que esses indivíduos autoagressivos apresentam-se muito afastados da realidade, com sérios distúrbios de produção do pensamento, ou seja, com o pensamento tão desagregado a ponto de perder a noção da temporalidade, localização espacial e possivelmente até de si mesmos. Ao contrário do imaginado, os indivíduos que, mesmo dentro de um hospital, foram autoagressivos, não apresentaram maiores graus de sintomas depressivos, mas sim maior comprometimento geral da psicopatologia, evidenciado pela maior média da pontuação da BPRS entre todos os grupos.

Identificou-se que os pacientes internados eram, em sua maioria, brancos, com baixa escolaridade, procedentes de Santa Maria, residiam com familiares e possuíam renda familiar muito variável. Os homens eram adultos jovens, sem filhos, solteiros, e as mulheres, em torno de 30 ou 50 anos, casadas, com mais de um filho. Apenas 10% dos indivíduos atendidos no PS-PSIQ foram internados. Essas características são semelhantes aos pacientes atendidos em um SEP de um hospital geral universitário em São Paulo. Entretanto, naquele serviço um quinto dos pacientes atendidos ficava internado, ou seja, o dobro do encontrado em nossa pesquisa (SANTOS et al., 2000). Os indivíduos eram mais jovens que os apresentados por Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) e, ao contrário daquele estudo, apresentaram igual proporção entre os sexos.

Concordamos com esses autores ao concluir que a doença mental tem grande impacto sobre as vidas dos sujeitos, já que a maioria dos pesquisados eram solteiros ou separados, sem ocupação remunerada, possivelmente como consequência do início da doença em plena idade produtiva e de constituição familiar. Soma-se a isso a constatação de que os pacientes internados no serviço são bastante graves, pois a maioria dos pacientes apresentava psicose, manifestava risco de heteroagressão ou suicídio e necessitou de internação hospitalar em unidade psiquiátrica. Além disso, a maior parte já havia consultado no PS-PSIQ, havia internado anteriormente e estava em tratamento há alguns anos. Apenas para uma pequena parcela esta foi a primeira consulta e a primeira internação (21 e 27%, respectivamente). Para 68% da amostra, a internação foi involuntária, semelhantemente ao encontrado por Rabinowitz et al. (1995).

A despeito da maioria dos sujeitos ter chegado ao hospital acompanhada por familiares, um terço dos pacientes foi conduzido ou pela polícia (20,6%) ou pelo SAMU (13,0%). Em um hospital geral do Ceará, a maioria dos pacientes internados avaliados pela equipe psiquiátrica chegou por demanda espontânea, seguidos pelos encaminhados por outros serviços de saúde, mas apenas 4,18% chegaram com o SAMU (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010). A literatura relata que 40% dos pacientes chegam nos SEPs acompanhados pela polícia e desses, 40% são conduzidos por comportamento violento (SULLIVAN; RIVERA, 2000; DHOSSCHE; GHANI, 1998; RABINOWITZ et al., 1995). Conforme Maharaj et al. (2011), pacientes levados pela polícia exibem mais comportamento agressivo do que os levados por outros. No HUSM os pacientes conduzidos pela polícia tinham mais chance de ter apresentado

agressão contra objetos na semana anterior, 74,1% internou por risco de heteroagressão e a prevalência de autoagressividade na internação foi quase três vezes maior que os levados por outros. Pode-se concluir que os pacientes levados pela polícia são agressivos, mas principalmente destrutivos, isto é, fazem “quebra-quebra” na semana anterior à internação e no hospital exibem mais comportamento autoagressivo.

As principais hipóteses diagnósticas dos sujeitos internados foram transtornos de humor, principalmente bipolar, seguidas de transtornos de personalidade. Diagnóstico de uso de substâncias ocorreu em uma parcela menor dos pacientes e foi negativamente associado com psicose. Em outros estudos o uso de álcool foi o diagnóstico mais prevalente, em torno de 43% (FERES et al., 2005; SOUSA, SILVA, OLIVEIRA, 2010). A amostra que foi estudada no HUSM diferencia-se por ter doenças cursando com psicose e menor prevalência de dependência química. Contudo, há que se considerar que no período em que foi realizado o estudo estava sendo executada uma reforma na unidade SERDEQUIM (para dependentes químicos), então apenas os casos de dependência química que envolviam risco de agressão ou suicídio eram internados e, após, encaminhados para outro serviço. Pacientes que buscavam tratamento hospitalar, sem riscos para si mesmo ou a outros, eram referenciados aos CAPS-ADs do município. Portanto, a prevalência encontrada não reflete a procura pelo tratamento por uso de substâncias, mas, por outro lado, reflete o impacto que a dependência química exerce sobre os próprios indivíduos, familiares e profissionais da saúde, já que tanto o uso atual quanto o uso prévio estiveram relacionados com a agressividade nas primeiras 24 horas de internação.

6. CONCLUSÃO

Através do estudo realizado, pode-se concluir que a agressividade, de maneira geral, foi bastante comum em quase metade dos pacientes internados. Agressões físicas ocorreram em uma de cada 11 internações, com um episódio a cada duas semanas, em média. Em geral os indivíduos agressivos exibiram várias formas de agressão combinadas nas primeiras 24 horas, exceto os agressivos verbalmente, dos quais 80% apresentaram somente essa forma de agressão. Portanto, a periculosidade do serviço deve ser considerada pelos gestores, que devem propiciar treinamento, capacitação, recursos materiais e humanos para a equipe psiquiátrica.

A agressividade foi associada com a gravidade da psicopatologia. Pacientes agressivos exibiram maior excitabilidade, inquietação motora, hostilidade, falta de cooperação com a entrevista, pensamento desorganizado, de conteúdo grandioso e/ou paranóide. Especial atenção deve ser dada aos pacientes com transtornos psicóticos, em agitação psicomotora, retraídos, com comportamento alucinatório e delírios graves, pois esses foram fatores de risco para agressividade física. Propõe-se que esses pacientes devem ser manejados com observação contínua, contenção química mais intensa, contenção mecânica mais duradoura, abordagem com o auxílio de vigilantes e afastamento dos familiares nessas primeiras horas, com a finalidade de diminuir as consequências da grave psicopatologia. Além disso, indivíduos muito agitados, muito desorientados, com grave retraimento e grave desorganização do pensamento devem ser abordados com ainda mais cuidado porque apresentam maior chance de autoagressão, em virtude do grau de psicose.

Os principais fatores de risco para a agressividade foram: caráter involuntário da internação, história de agressão na semana anterior à internação, história de envolvimento com a justiça por agressividade, história de uso compulsivo de maconha e cocaína no passado, hipótese diagnóstica de transtorno de uso de múltiplas substâncias e transtornos psicóticos (para agressividade física).

O estudo pôde associar diversos fatores à agressividade. Contudo, a principal limitação do estudo está relacionada ao tamanho da amostra, que prejudicou a análise estratificada para os diagnósticos, faixas etárias, tipos de agressão, etc., já que a amostra foi bastante heterogênea. Uma amostra maior poderia contribuir para

aprofundar a pesquisa sobre fatores de risco para agressão durante a internação. Outra limitação do estudo é quanto aos dados da história de violência e de uso de substâncias, os quais foram relatados por pacientes e familiares, e não foram observados diretamente pelos pesquisadores. Apesar de poder-se pensar em possíveis vieses de memória, a literatura corrobora estes achados.

Além disso, outro ponto importante são as hipóteses diagnósticas obtidas na nota de alta. Não foi utilizado um instrumento de pesquisa validado para estabelecer os diagnósticos e com isso o estudo perde em precisão. Esses fatores limitantes não foram modificados por questões de dificuldades práticas na execução do estudo.

De qualquer forma, os resultados encontrados solucionam as questões propostas na pesquisa. Este estudo apresenta dados importantes a respeito da agressividade em um serviço de Psiquiatria de um hospital geral universitário de alta complexidade. Foram identificados fatores de risco citados em pesquisas realizadas em outros países e a gravidade da psicopatologia foi relacionada com a agressividade. Contudo, mais estudos devem ser realizados em hospitais brasileiros para que se possa determinar a prevalência de agressividade entre os diferentes serviços de emergência psiquiátrica, assim como os fatores relacionados à sua ocorrência, em nosso país.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDERHALDEN, C. et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, n.3, 2007. Disponível em: <<http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/30>>. Acesso em: 10 maio de 2011.

AMORE, M. et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. **Psychiatric and Clinical Neurosciences**, v. 62, p. 247-255, 2008.

BALDAÇARA, L. et al. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 30-39, 2011.

BALLERINI, A. et al. An observational study in psychiatric acute patients admitted to General Hospital Psychiatric Wards in Italy. **Annals of General Psychiatry**, v. 6, n. 2, p. 1-10, 2007a.

BALLERINI, A. et al. Clinical features and therapeutic management of patients admitted to Italian acute hospital psychiatric units: the PERSEO (psychiatric emergency study and epidemiology) survey. **Annals of General Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 29, 2007b.

BARLOW, K.; GRENYER, B.; ILKIW-LAVALLE, O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 967-974, 2000.

BARRAT, E. S.; SLAUGHTER, L. Defining, measuring and predicting impulsive aggression: a heuristic model. **Behavioral Sciences and the Law**, v. 16, n. 3, p. 285-302, 1998.

BARRATT, E. S. et al. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. **Biological Psychiatry**, v. 41, p. 1045-1061, 1997a.

BARRATT, E. S. et al. The effects of phenytoin on impulsive and premeditated aggression: a controlled study. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v. 17, p. 341-349, 1997b.

BARROS, R. E. M.; TUNG, T. C.; MARI, J. J. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl. II, p. S71-S77, 2010.

BELL, C.C.; PALMER, J.M. Security procedures in a psychiatric emergency service. **Journal of National Medical Association**, v. 73, n. 9, p. 835-842, 1981.

BIANCOSINO, B. et al. Violent behaviour in acute psychiatric inpatients facilities: a national survey in Italy. **The Journal of Nervous and Mental Disease**. v. 197, n. 10, p. 772-782, 2009.

BOWERS, L. et al. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 30, p. 260-271, 2009.

BRAKOULIAS, V. et al. Characteristics of admissions to a recently opened Psychiatric Emergency Care Centre. **Australasian Psychiatry**, v. 18, n. 4, p. 326-329, 2010.

BRUFFAERTS, R.; SABBE, M.; DEMYTTENAERE, K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 39, p. 146-153.

CARR, V. J. et al. Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. **The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists**, v. 42, n. 4, p. 267-282, 2008.

CHANG, J. C.; LEE, C.S. Risk Factors for Aggressive Behavior Among Psychiatric Inpatients. **Psychiatric Services**, v. 55, n. 11, p. 1305-1307, 2004.

CHAPUT, Y. et al. The elderly in the psychiatric emergency service (PES); a descriptive study. **BMC Psychiatry**, v. 11, p. 111, 2011.

CHOU, K. R.; LU, R. B.; MAO, W. C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 16, n. 4, p. 187-195, 2002.

COLASANTI, A. et al. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. **European Psychiatry**, v. 23, p. 441-448, 2008.

COLASANTI, A. et al. Symptom dimensions as predictors of clinical outcome, duration of hospitalization, and aggressive behaviours in acutely hospitalized patients with psychotic exacerbation. **Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health**, v. 6, p. 72-78, 2010.

CORNAGGIA, C. M. et al. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. **Psychiatry Research**, v. 189, p. 10-20, 2011.

CRIPPA, J. A. S. et al. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 103, p. 465-470, 2001.

CRIPPA, J. A. S. et al. Factor structure of Bech's version of the Brief Psychiatric Rating Scale in Brazilian patients. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 35, p. 1209-1213, 2002.

DHOSSCHE, D. M. Aggression and recent substance abuse: absence of association in psychiatric emergency room patients. **Comprehensive Psychiatry**, v. 40, n. 5, p. 343-346, 1999.

DHOSSCHE, D. M.; GHANI S. O. Who brings patients to the psychiatric emergency. **General Hospital Psychiatry**, v. 20, p. 235-240, 1998.

DOYLE, M.; DOLAN, M. Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. **Behavioural Sciences and the Law**, v. 24, p. 783-798, 2006.

DUMAIS, A. et al. Is violent method of suicide a behaviour marker of lifetime aggression? **American Journal of Psychiatry**, v. 162, p. 1375-1378, 2005.

EL-BADRI, S. M.; MELLISOP, G. Aggressive Behaviour in an Acute General Adult Psychiatric Unit. **Psychiatric Bulletin**, v. 30, p. 166-168, 2006.

EVANS, M. E.; BOOTHROYD, R. A. A comparison of youth referred to psychiatric emergency services: police versus other sources. **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 30, p. 74-80, 2002.

FELTHOUS, A. R. et al. Assessment of impulsive aggression in patients with severe mental disorders and demonstrated violence: inter-rater reliability of rating instrument. **Journal of Forensic Sciences**, v. 54, n. 6, p. 1470-1474, 2009.

FERES, D. C. et al. A emergência psiquiátrica em São José do Rio Preto, SP: um exemplo de aparelho de saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 99, n. 3, p. 18-23, 2005.

FERGUSON, C. J. et al. Social isolation, impulsivity and depression as predictors of aggression in a psychiatric inpatient population. **Psychiatric Quarterly**, v. 76, n. 2, p. 123-137, 2005.

FLANNERY, R. Repetively assaultive psychiatric patients: Review of published findings. **Psychiatric Quarterly**, v. 73, p. 229-237, 2002.

FLANNERY, R. et al. Characteristics of assaultive psychiatric patients: 20-year analysis of the assaultive staff action program (ASAP). **Psychiatric Quarterly**, v. 82, p. 1-10, 2011.

HAMRIN, V.; IENNACO, J.; OLSEN, D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements.. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 30, p. 214-226. , 2009.

HODGE, A. N.; MARSHALL, A. P. Violence and aggression in the emergency department: A critical care perspective. **Australian Critical Care**, v. 20, p. 61-67, 2007.

HUBER, C. G. et al. Brief Psychiatric Rating Scale - Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. **Schizophrenia Research**, v. 134, p. 283-278, 2012.

HUF, G. et al. Current practices in managing acutely disturbed patients at three hospitals in Rio de Janeiro: a prevalence study. **BMC Psychiatry**, v. 2, n. 4, 2002.

JOHNSON, M. E. Violence on inpatient psychiatric units: state of the science. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 10, p. 113-121, 2004.

KENNEDY, M. P. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. **The Medical Journal of Australia**, v. 183, n. 7, p. 362-365, 2005.

KETELSEN, R. et al. Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 14, p. 92-99, 2007.

LANZA, M. L.; ZEISS, R.; RIERDAN, J. Violence against psychiatric nurses: sensitive research as science and intervention. **Contemporary Nurse**, v. 21, n. 1, p. 71-84, 2006.

LEPAGE, J. P. et al. Evaluating risk factors for violence at the inpatient unit level: combining young adult patients and those with mental retardation. **Applied Nursing Research**, v. 18, p. 117-121, 2005.

LLEWELLIN, P. et al. Involuntary psychiatric attendances at an Australasian emergency department: a comparison of police and health-care worker initiated presentation. **Emergency Medicine Australasia**, v. 23, p. 593-599, 2011.

LUSSIER, P. et al. Chronic violent patients in an inpatient psychiatric hospital. **Criminal Justice and Behavior**, v. 37, n. 1, p. 5-28, 2010.

LYNCH, D. M.; NOEL, H. C. Integrating DSV-IV factors to predict violence in high-risk psychiatric patients. **Journal of Forensic Sciences**, v. 55, n. 1, p. 121-126, 2010.

MACKINNON, R. A.; YUDOFKY, S. C. **A avaliação psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. p. 202-205.

MACKINNON, R. A.; MICHELS, R.; BUCKLEY, P. J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 407.

MAHARAJ, R. et al. Characteristics of patient referred by police to a psychiatric hospital. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 18, p. 205-212, 2011.

MANTOVANI, C. et al. Manejo do paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32 Supl II, p. S96-S103, 2010.

MCGIRR, A. et al. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. **Psychological Medicine**, v. 38, p. 407-417, 2008.

MCNIEL, D. E.; BINDER, R. L. Psychiatric emergency service use and homelessness, mental disorder, and violence. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 6, p. 699-704, 2005.

MIGON, M. N. et al. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, p. 263-268, 2008.

MIRANDA, C. A.; Tarasconi C. V.; Scortegagna, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 249-257, 2008.

MULDERA, C. L. et al. Changing patterns in emergency involuntary admissions in the Netherlands in the period 2000-2004. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 31, p. 331-336, 2008.

NICHOLLS, T. L. et al. Forensic psychiatric inpatients and aggression: an exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. **International Journal of Law and Psychiatry**, v.32, p. 23-30, 2009.

NIJMAN, H. et al. Prediction of aggressions on a locked psychiatric admissions ward. **Acta Psychiatrica Scandinavia**, v. 105, p. 390-395, 2002.

OGLOFF J. R. P.; DAFFERN M. The Dynamic Appraisal of Situational Aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. **Behavioral Sciences and the Law**, v. 24, p. 799-813, 2006.

OVERALL, J.; GORHAM, D. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, v. 10, p. 799-812, 1962.

QUANBECK, C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 29, p. 743-760, 2006.

QUANBECK, C. et al. Categorization of aggressive acts committed by chronically assaultive state hospital patients. **Psychiatric Services**, v. 58, n. 4, p. 521-528, 2007.

RABINOWITZ, J. et al. Differential use of admission status in a psychiatric emergency room. **The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 23, n. 4, p. 595-606, 1995.

RAJA, M.; AZZONI, A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 29, p. 1-11, 2005.

RAJA, M.; AZZONI, A.; LUBICH, L. Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 32, p. 428-434, 1997.

REINISH, L. W.; CICCONE, J.R. Involuntary hospitalization and police referrals to a psychiatric emergency department. **The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 23, n. 2, p. 289-298, 2005.

ROMANO, F.; ELKIS, H. Tradução e Adaptação de um Instrumento de Avaliação Psicopatológica das Psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica. Versão ancorada (BPRS-A). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, p. 43-49, 1996.

SANTOS, M. E. S. B. et al. Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 468-474, 2000.

SEGAL, S. P.; AKUTSU, P. D.; WATSON, M. A. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. **Psychiatric Services**, v. 49, n. 9, p. 1212-1217, 1998.

SERPER, M. R. et al. Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. **Comprehensive Psychiatry**, v. 46, p. 121-127, 2005.

SHAFER, A. Meta-Analysis of the Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure. **Psychological Assessment**, v. 17, n. 3, p. 324-335, 2005.

SILVER, J. M.; YUDOFKY, S. C. The Overt Aggression Scale: overview and guiding principles. **The Journal of Neuropsychiatric and Clinical Neurosciences**, v. 3, n. 2, p. 22-29, 1991.

SOUSA, F. S. P.; SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.

STEINERT, T. Prediction of inpatient violence. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 106, Suppl. 412, p. 133-141, 2002.

SULLIVAN, A. M.; RIVERA, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York city municipal hospital. **Psychiatric Quarterly**, v. 71, n. 2, p. 123-138, 2000.

SURIS, A. et al. Measures of aggressive behaviour: overview of clinical and research instruments. **Aggression and Violent Behaviour**, v. 9, p. 165-227, 2004.

TELLES, L. E. B.; FOLINO, J. O.; TABORDA, J. G. V. Incidência de conduta violenta e antissocial em população psiquiátrica forense. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 33, n. 1, 2011.

WHITE, C. L.; BATEMAN, A.; FISHER, W. H. Factors associated with admission to public and private hospitals from a psychiatric emergency screening site. **Psychiatric Services**, v. 46, n. 5, p. 467-472, 2005.

ANEXO I – FORMULÁRIO DE PESQUISA

1. IDENTIFICAÇÃO		
1.01. Nome completo: _____		
1.02. Idade: _____ 1.03. Data de nascimento: __/__/____		
1.04. Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino		
1.05. Escolaridade: _____ 1.06. Repetência escolar? 0 - Não 1 - Sim		
1.07. Naturalidade: _____		
1.08. Procedência: _____		
1.08. Etnia: 1- Branco 2 – Não-branco		
1.09. Situação conjugal: 1 - Solteiro 2 - Casado ou com companheiro fixo 3 – Separado ou divorciado 4 – Viúvo		
1.10. Reside: 1 - Sozinho 2 - Com familiares 3 - Com companheiro(a) 4 - Residencial terapêutico 5 - Não tem residência fixa		
1.11. Filhos: 0 – Não 1 - Sim 1.12. Quantos: _____		
1.13. Renda individual: 0 – Não 1 - Sim		
1.14. Renda familiar: R\$: _____		
1.15. Situação de trabalho:		
1 - Estudante 2 – Com ocupação (remunerada): _____		
3 – Sem ocupação (não aposentado) 4 – Dona de casa 5 - em auxílio-doença		
6 – aposentado por invalidez 7 – aposentado por tempo de serviço		
Endereço: _____		
CEP: _____ - _____		
Telefone para contato: () _____ () _____		
Nome do acompanhante/responsável: _____		
Telefone: () _____		

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

5. USO DE PSICOFÁRMACOS E SUBSTÂNCIAS

5.01. Uso de psicofármacos no momento da internação (descreva todos): (0 - não usa)

5.02. Tempo de uso destes psicofármacos: _____

5.03. Aderência ao tratamento: 0 – Não usa medicações prescritas 1 – Uso irregular 2 – Uso regular

5.04. Uso prévio de substâncias psicoativas (considerar apenas uso compulsivo):

0 – Não 1- Álcool 2 – Maconha 3 – Cocaína 4 – Crack 5 – Opióides

6 – Anfetaminas 7 – Outras: _____

6. HISTÓRIA PRÉVIA DE AGRESSÃO

6.1. História de agressão: 0 – Não 1 – Na semana anterior à internação 2 – Pregressa

6.2. Tipo de agressão (semana anterior):

1 – Verbal 2 – Contra objetos 3 - Autoagressão 4 – Física

6.3. Tipo de agressão (pregressa):

1 – Verbal 2 – Contra objetos 3 - Autoagressão 4 – Física

6.4. Envolvimento com a justiça por agressividade: 0 - Não 1 – Sim

6.5. Tentativa prévia de suicídio (anteriores a esta internação): 0 - Não 1 – Sim

6.6. Se sim, número: _____vezes

6.7. Tipo de tentativa de suicídio:

1 – Enforcamento 2 – Cortando os pulsos 3 – Intoxicação por medicamentos
4 – Intoxicação por veneno 5 – Ateando fogo 6 – Queda de altura 7 – Jogando-se contra
veículos 8 – Outra: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

7. TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR

7.01. Tipo do primeiro episódio (DSM-IV):

1 – Mania 2 – Depressão 3 – Misto 4 – Hipomania 9 – Não sabe

7.02. Tipo de episódio da primeira internação psiquiátrica (DSM-IV):

1 – Mania 2 – Depressão 3 – Misto 4 – Hipomania 9 – Não sabe

7.03. Tipo de episódio desta internação (DSM-IV):

1 – Mania 2 – Depressão 3 – Misto 4 – Hipomania 9 – Não sabe

7.04. Ciclador rápido (4 ou mais episódios em um ano): 0 – Não 1 – Sim

7.05. Realizou ECT: 0 - Não 1 – Sim

7.06. Se sim, quantas séries: _____

7.07. Diagnósticos comórbidos (prontuário-CID-10):

7.08. Idade em que recebeu o diagnóstico específico: _____ anos

7.09. Idade em que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez (com indicação médica): _____ anos

7.10. Qual: _____

7.11. Presença de psicose no primeiro episódio: 0 – Não 1 – Sim 9 – Não sabe

7.12. Primeira crise desencadeada por substância: 0 – Não 1 – Sim

7.13. Se sim, qual: _____

7.14. Fatores relacionados ao sexo feminino (Obs.: codificar para sexo masculino: 9- não se aplica)

7.14.1. Uso atual de método anticoncepcional: 0 – não 1-sim

7.14.2. Se sim, Qual (is): 1-Anticoncepcional oral (pílula) 2- DIU

3-Camisinha 4- Diafragma 5- coito interrompido 6- L.Tubária

7- Vasectomia do marido 8- tabelinha 10- outro, qual: _____

7.14.3. Gestações: ____ 7.14.4. Partos Normais: ____ 7.14.5. Partos cesáreos: ____

7.14.6. Abortos: _____ espontâneos _____ provocados

7.14.7. Menopausa: 0-não 1-sim Se sim, idade: _____anos.

7.14.8. Terapia de Reposição Hormonal (atual): 0-não 1-sim

Responsável pelo preenchimento: _____ **Assinatura:**

Data de preenchimento: __/__/____

8. HISTÓRIA FAMILIAR DE DOENÇA PSIQUIÁTRICA (TODOS)

1- BipV: com diagnóstico de TH

Bipolar validado

2- Internações psiquiátricas

3- Uso de Lítio

4- Uso de antipsicótico

5- Alucinações / delírios (psicose)

6- Suicídio

7- Agressão física

8- Álcool e drogas

9 – Outros (descreva)

Parentes	Sim	Não	Não sabe	Transtorno psiquiátrico (use os códigos acima)
Mãe				
Pai				
Irmãos Nº Total:				
Filhos Nº Total:				
Avó materna				
Avô materno				
Avó paterna				
Avô paterno				
Tios maternos Nº Total:				
Tios paternos Nº Total:				
Primos Maternos				
Primos Paternos				

8.1. Nº familiares de 1º grau acometidos por Transtorno Bipolar (BipV): _____ membros

8.2. Nº familiares de 1º grau acometidos por outras doenças psiquiátricas: _____ membros

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

9. HISTÓRIA DE DOENÇAS CLÍNICAS (TODOS)

9. Perguntar: você já teve alguma destas doenças? Marcar com um X
(Por favor, não deixe nada em branco)

1	Sim	Não	Não sabe	Quando	Infecção SNC (Poliomielite, encefalite, meningite)
2	Sim	Não	Não sabe	Quando	Infecção frequente da garganta
3	Sim	Não	Não sabe	Quando	Coma
4	Sim	Não	Não sabe	Quando	Convulsão/ataques
5	Sim	Não	Não sabe	Quando	Ferimentos na cabeça (com perda de consciência)
6	Sim	Não	Não sabe	Quando	Enxaqueca
7	Sim	Não	Não sabe	Quando	Asma
8	Sim	Não	Não sabe	Quando	Diabetes
9	Sim	Não	Não sabe	Quando	Hipotireoidismo
10	Sim	Não	Não sabe	Quando	Hipertireoidismo
11	Sim	Não	Não sabe	Quando	Febre Reumática
12	Sim	Não	Não sabe	Quando	Acidente Vascular Cerebral
13	Sim	Não	Não sabe	Quando	Infarto do Miocárdio
14	Sim	Não	Não sabe	Quando	Câncer

Se SIM para qualquer dos itens acima,
Qual (is) doença (s) foi (ram) diagnosticada(s) por um médico?

Anote o (s) n° correspondentes (linhas acima): _____, _____, _____, _____, _____

Perguntar: você é portador de alguma doença não perguntada?
Qual? _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: ___/___/___

10. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO (APENAS PARA THB)

Perguntar:

10.1. Qual a idade da sua mãe quando você nasceu? _____ (marque 99 se não souber)

10.2. Existiu alguma intercorrência durante a sua gestação? (infecções, traumas)

0 – não 1 – sim 9 – não sabe

Se sim, qual? _____

10.3. Durante a sua gestação sua mãe fez uso de

10.3.1. Medicações? 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

Se sim, qual? _____

10.3.2. Drogas? 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

Se sim, qual? _____

10.3.3. Cigarro? 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.3.4. Álcool? 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.4. Seu parto foi 1-normal ou 2- cesareana ?

10.5. Existiu alguma complicação durante o seu nascimento como

10.5.1. Prematuridade 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.5.2. Circular de cordão 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.5.3. Uso de fórceps 0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.6. Você teve alguma complicação após o nascimento, necessitando hospitalização?

0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.7. Você teve algum atraso no desenvolvimento? (sentar, caminhar, falar)

0 – não 1 – sim 9 – não sabe

10.8. Peso nascimento: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

11. ESCALAS DE TRANSTORNOS DE HUMOR - INTERNAÇÃO (até 24 horas após admissão)

Obs.: preencher as três primeiras se transtorno de humor: **Young se episódio maníaco** e **HAM-D se episódio depressivo** (se não for transtorno de humor, não é necessário preencher), **CGI em ambos**.

11.1. YOUNG

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	Total

11.2. HAM-D

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	Total

11.3. CGI-BP

	Severidade da doença (1-7)
1. Mania	
2. Depressão	
3. Global	

11.4. GAF: _____

11.5. Escala de Insight – SUMD

ESCALA PARA MEDIR O RECONHECIMENTO DA DOENÇA MENTAL VERSÃO PARA DESORDENS AFETIVAS

A Escala para os itens 1 e 3 está indicada abaixo:

- 1- O paciente entende que o item está definitivamente relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 2- O paciente acredita que este item possivelmente está relacionada com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 3- O paciente não está certo que este item esteja relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos, mas está levando esta idéia em consideração.
- 4- O paciente acredita que é altamente improvável que este problema esteja relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 5- O paciente acredita que o item definitivamente não está relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 0- Não pode ser mensurado.

Cada item deve ser medido para o episódio maníaco atual e para os episódios passados, se houver. Se não houver episódios maníacos no passado, pontuar 0 (zero). A pontuação deve ser circulada.

11.5.1. Reconhecimento da Doença Mental: Em termos gerais, o paciente acredita que tem uma desordem mental, um problema psiquiátrico, dificuldades emocionais, etc...?

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

11.5.2. Reconhecimento dos Efeitos obtidos Através da Medicação: Qual é a crença do paciente em relação aos efeitos da medicação? O paciente acredita que a medicação diminui a intensidade ou a frequência dos seus sintomas? (aqui é necessário comparar a resposta do paciente com a visão do examinador do efeito da medicação)

Escala Modelo para o Item 2:

- 0 - Não pode ser medido ou não é relevante.
- 1 – Ciente: Paciente acredita realmente que as medicações diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas.
- 2 –
- 3 – Relativamente Ciente: Paciente não está certo que as medicações diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas, mas não descarta a idéia.
- 4 –
- 5 – Não Ciente: paciente acredita que as medicações não diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas.

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

11.5.3. Reconhecimento das Conseqüências Sociais da Doença ou Desordem Mental: O que o paciente considera ser a razão para ele ou ela serem baixados no hospital, internado(a) de forma involuntária, preso(a), demitido (a), ferido (a), etc?

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

12. ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA - INTERNAÇÃO (até 24 horas após admissão)

Escores: 0 (não relatado), 1 (muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (grave), 6 (muito grave)

	Pontuação
01. Preocupação Somática	
02. Ansiedade	
03. Retraimento Afetivo	
04. Desorganização Conceitual	
05. Sentimentos de Culpa	
06. Tensão	
07. Maneirismos e Postura	
08. Idéias de Grandeza	
09. Humor Depressivo	
10. Hostilidade	
11. Desconfiança	
12. Comportamento Alucinatório	
13. Retardamento Psicomotor	
14. Falta de Cooperação	
15. Alteração de Conteúdo do Pensamento	
16. Afeto Embotado	
17. Excitação	
18. Desorientação	
TOTAL	

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/__

13. ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS) - INTERNAÇÃO

Obs.: Se houver mais de um episódio de agressividade, pontuar em formulário separado e anexar.

<input type="checkbox"/> Nenhum incidente agressivo (verbal, físico, contra objetos ou contra si mesmo)	
COMPORTAMENTO AGRESSIVO (marcar todos que se aplicam)	
AGRESSÃO VERBAL	AGRESSÃO FÍSICA CONTRA OBJETOS
<input type="checkbox"/> Faz barulho, grita furiosamente <input type="checkbox"/> Grita insultos leves <input type="checkbox"/> Amaldiçoa, faz ameaças moderadas aos outros ou a si <input type="checkbox"/> Faz ameaças claras de violência contra os outros ou contra si ou pede ajuda para controlar-se	<input type="checkbox"/> Bate portas, rasga roupas, faz desordem <input type="checkbox"/> Derruba objetos, chuta a mobília sem quebrá-la, risca as paredes <input type="checkbox"/> Quebra objetos, vidraça <input type="checkbox"/> Provoca incêndio, atira objetos perigosamente
AGRESSÃO FÍSICA CONTRA SI	AGRESSÃO FÍSICA CONTRA PESSOAS
<input type="checkbox"/> Belisca ou arranha a pele, fere-se, puxa os cabelos, com ou sem ferimentos leves <input type="checkbox"/> Bate com a cabeça, dá socos em objetos (fere-se sem gravidade) <input type="checkbox"/> Pequenos cortes ou contusões, queimaduras leves <input type="checkbox"/> Mutila-se, faz cortes profundos, bate-se até sangrar, ferimentos internos, fratura, perda de consciência, perda de dentes	<input type="checkbox"/> Faz gestos ameaçadores, atira-se contra as pessoas, agarra-se às roupas <input type="checkbox"/> Golpeia, belisca, empurra, puxa os cabelos dos outros (sem feri-los) <input type="checkbox"/> Ataca pessoas provocando ferimentos moderados (contusões, torções, vergões) <input type="checkbox"/> Ataca pessoas provocando ferimentos físicos graves (ossos quebrados, lacerações profundas, ferimentos internos)
INTERVENÇÃO (marcar todos que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Conversa com o paciente <input type="checkbox"/> Observação mais de cima <input type="checkbox"/> Controle do paciente <input type="checkbox"/> Medicação imediata via oral <input type="checkbox"/> Medicação imediata via injeção <input type="checkbox"/> Isolamento (com intervalos)	<input type="checkbox"/> Isolamento total <input type="checkbox"/> Uso de contenção <input type="checkbox"/> O ferimento requer tratamento médico imediato do paciente <input type="checkbox"/> O ferimento requer tratamento médico imediato para a outra pessoa

Data do incidente: _____ Hora: _____

Se agressão contra pessoas, especificar o alvo da agressão:

1 - Paciente 2 - Equipe 3 - Familiar

Se foi medicado, registrar medicações utilizadas para o manejo (não registrar as medicações de rotina):

MEDICAÇÃO	VIA	DOSE

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

14. . ESCALAS DE TRANSTORNOS DE HUMOR – 21 DIAS APÓS A INTERNAÇÃO OU NA ALTA

OBS:

- Preencher caso o paciente esteja internado na UPG
- Considerar 21 dias a contar da data da internação ou a data da alta (o que vier primeiro)
- Preencher as três primeiras se transtorno de humor: **Young se episódio maníaco e HAM-D se episódio depressivo** (se não for transtorno de humor, não é necessário preencher), **CGI em ambos**.

14.1. YOUNG

Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	Total

14.2. HAM-D

Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	Total

14.3. CGI-BP

Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

	Severidade da doença (1-7)
Mania	
Depressão	
Global	

14.4. GAF: _____ Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

14.5. Escala de Insight – SUMD Data: ___/___/___ Entrevistador: _____

ESCALA PARA MEDIR O RECONHECIMENTO DA DOENÇA MENTAL VERSÃO PARA DESORDENS AFETIVAS

A Escala para os itens 1 e 3 está indicada abaixo:

- 1- O paciente entende que o item está definitivamente relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 2- O paciente acredita que este item possivelmente está relacionada com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 3- O paciente não está certo que este item esteja relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos, mas está levando esta idéia em consideração.
- 4- O paciente acredita que é altamente improvável que este problema esteja relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 5- O paciente acredita que o item definitivamente não está relacionado com uma doença mental ou com sintomas psiquiátricos.
- 0- Não pode ser mensurado.

Cada item deve ser medido para o episódio maníaco atual e para os episódios passados, se houver. Se não houver episódios maníacos no passado, pontuar 0 (zero). A pontuação deve ser circulada.

14.5.1. Reconhecimento da Doença Mental: Em termos gerais, o paciente acredita que tem uma desordem mental, um problema psiquiátrico, dificuldades emocionais, etc...?

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

14.5.2. Reconhecimento dos Efeitos obtidos Através da Medicação: Qual é a crença do paciente em relação aos efeitos da medicação? O paciente acredita que a medicação diminui a intensidade ou a frequência dos seus sintomas? (aqui é necessário comparar a resposta do paciente com a visão do examinador do efeito da medicação)

Escala Modelo para o Item 2:

- 0 - Não pode ser medido ou não é relevante.
- 1 – Ciente: Paciente acredita realmente que as medicações diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas.
- 2 –
- 3 – Relativamente Ciente: Paciente não está certo que as medicações diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas, mas não descarta a idéia.
- 4 –
- 5 – Não Ciente: paciente acredita que as medicações não diminuíram a intensidade ou frequência de seus sintomas.

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

14.5.3. Reconhecimento das Conseqüências Sociais da Doença ou Desordem Mental: O que o paciente considera ser a razão para ele ou ela serem baixados no hospital, internado(a) de forma involuntária, preso(a), demitido (a), ferido (a), etc?

Atual: 0 1 2 3 4 5

Passado 0 1 2 3 4 5

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

15. ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA - 21 DIAS APÓS A INTERNAÇÃO OU NA ALTA

Escores: 0 (não relatado), 1 (muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (grave), 6 (muito grave)

	Pontuação
01. Preocupação Somática	
02. Ansiedade	
03. Retraimento Afetivo	
04. Desorganização Conceitual	
05. Sentimentos de Culpa	
06. Tensão	
07. Maneirismos e Postura	
08. Idéias de Grandeza	
09. Humor Depressivo	
10. Hostilidade	
11. Desconfiança	
12. Comportamento Alucinatório	
13. Retardamento Psicomotor	
14. Falta de Cooperação	
15. Alteração de Conteúdo do Pensamento	
16. Afeto Embotado	
17. Excitação	
18. Desorientação	
TOTAL	

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/____

ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS)

Obs.: Preencher em separado para cada episódio de agressividade em momentos distintos (p.ex. às 14hs agressividade verbal e 18hs agressividade física). Se num mesmo momento ocorrer diversos tipos de agressividade, utilizar apenas uma folha.

<input type="checkbox"/> Nenhum incidente agressivo (verbal, físico, contra objetos ou contra si mesmo)	
COMPORTAMENTO AGRESSIVO (marcar todos que se aplicam)	
AGRESSÃO VERBAL	AGRESSÃO FÍSICA CONTRA OBJETOS
<input type="checkbox"/> Faz barulho, grita furiosamente <input type="checkbox"/> Grita insultos leves <input type="checkbox"/> Amaldiçoa, faz ameaças moderadas aos outros ou a si <input type="checkbox"/> Faz ameaças claras de violência contra os outros ou contra si ou pede ajuda para controlar-se	<input type="checkbox"/> Bate portas, rasga roupas, faz desordem <input type="checkbox"/> Derruba objetos, chuta a mobília sem quebrá-la, risca as paredes <input type="checkbox"/> Quebra objetos, vidraça <input type="checkbox"/> Provoca incêndio, atira objetos perigosamente
AGRESSÃO FÍSICA CONTRA SI	AGRESSÃO FÍSICA CONTRA PESSOAS
<input type="checkbox"/> Belisca ou arranha a pele, fere-se, puxa os cabelos, com ou sem ferimentos leves <input type="checkbox"/> Bate com a cabeça, dá socos em objetos (fere-se sem gravidade) <input type="checkbox"/> Pequenos cortes ou contusões, queimaduras leves <input type="checkbox"/> Mutila-se, faz cortes profundos, bate-se até sangrar, ferimentos internos, fratura, perda de consciência, perda de dentes	<input type="checkbox"/> Faz gestos ameaçadores, atira-se contra as pessoas, agarra-se às roupas <input type="checkbox"/> Golpeia, belisca, empurra, puxa os cabelos dos outros (sem feri-los) <input type="checkbox"/> Ataca pessoas provocando ferimentos moderados (contusões, torções, vergões) <input type="checkbox"/> Ataca pessoas provocando ferimentos físicos graves (ossos quebrados, lacerações profundas, ferimentos internos)
INTERVENÇÃO (marcar todos que se aplicam)	
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Conversa com o paciente <input type="checkbox"/> Observação mais de cima <input type="checkbox"/> Controle do paciente <input type="checkbox"/> Medicação imediata via oral <input type="checkbox"/> Medicação imediata via injeção <input type="checkbox"/> Isolamento (com intervalos)	<input type="checkbox"/> Isolamento total <input type="checkbox"/> Uso de contenção <input type="checkbox"/> O ferimento requer tratamento médico imediato do paciente <input type="checkbox"/> O ferimento requer tratamento médico imediato para a outra pessoa

Data do incidente: _____ Hora: _____

Se agressão contra pessoas, especificar o alvo da agressão:

1 - Paciente 2 - Equipe 3 – Familiar

Se foi medicado, registrar medicações utilizadas para o manejo (não registrar as medicações de rotina):

MEDICAÇÃO	VIA	DOSE

Responsável pelo preenchimento: _____

Assinatura: _____

Data de preenchimento: __/__/__

ANEXO II - GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA BPRS (SIG-BPRS)

Instruções: A escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com **OBSERVAÇÃO** (3, 4,7,13,14,16,17,18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com **RELATO DO PACIENTE** devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia a relato do paciente.

<p>Início da entrevista: comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação)</p> <p>Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?): Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)?</p>	
1 RELATO DO PACIENTE	<p>Preocupação Somática: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários)</p>
Pergunta-Guia	<p>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve a sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</p>
0 1 2 3 4 5 6	<p>Não relatado</p> <p>Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.</p> <p>Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou freqüentemente fica levemente apreensivo.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente muito preocupado ou moderadamente preocupado com freqüência.</p> <p>Moderadamente Grave: Freqüentemente muito preocupado.</p> <p>Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.</p> <p>Muito Grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>
2 RELATO DO PACIENTE	<p>ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.</p>
Pergunta-Guia	<p>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?).</p>
0 1 2 3 4 5 6	<p>Não relatado</p> <p>Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou freqüentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou freqüentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>Moderadamente Grave: Freqüentemente se sente muito ansioso</p> <p>Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3 OBSERVAÇÃO	<p>RETRAIMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta</p>

DO PACIENTE	de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade, e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
0 1 2 3 4 5 6	Não observado Muito leve: Ex:ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador. Leve: Ex.: como acima, porém mais freqüente. Moderado: Ex: demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões. Moderadamente Grave: Ex: olha fixamente no chão e afasta-se do entrevistador mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista. Grave: E: como acima, porém mais persistente e disseminado. Muito Grave: Ex: parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não-envolvido ou não-comprometido com situação da entrevista (Não pontuar se explicado pela desorientação)
4 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (p.ex, associações frouxas, incoerência, fuga de idéias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (p.ex: “Meus pensamentos estão voando”, “Não consigo manter o pensamento”, “Meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
0 1 2 3 4 5 6	Não observado. Muito leve: Ex: levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa. Leve: Ex: freqüentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista. Moderado: Ex: ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infreqüente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas. Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente. Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil. Muito Grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.
5 RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
Pergunta-Guia	Nos últimos dias você tem se sentido um peso pára sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que você está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)
0 1 2 3 4 5 6	Não relatado Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado. Leve Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou freqüentemente se sente levemente culpado. Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado; ou freqüentemente se sente moderadamente culpado Moderadamente Grave: freqüentemente se sente muito culpado. Grave: Sente-se muito culpado a maior parte o tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado. Muito Grave: Sentimento de culpa angustiante e constante; ou delírios de culpa disseminados.
6 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (p.ex.: discinesia tardia).
0 1 2 3 4 5	Não observado. Muito leve: Ex: ocasionalmente agitado Leve: Ex: freqüentemente agitado. Moderado: Ex: agita-se constantemente ou freqüentemente. Torce as mãos e puxa a roupa. Moderadamente Grave: Ex: agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa.

6	Grave: Ex: não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar. Muito Grave: anda de maneira frenética
7 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	MANEIRISMOS E POSTURA: comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento; não pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.
0	Não observado
1	Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa, por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infreqüentes.
2	Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente.
3	Moderado: Ex: adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.
4	Moderadamente Grave: Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado.
5	
6	Grave: Como acima, porém mas freqüente, intenso ou disseminado. Muito Grave: Ex: postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.
8 RELATO DO PACIENTE	IDÉIAS DE GRANDEZA: Auto-Estima (autoconfiança) exagerada, ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. Não pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (p. ex.: “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se o paciente nega talentos, poderes, etc, mesmo que ele afirme que outros digam que ele possui estas qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
Pergunta-Guia	Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?
0	Não relatado
1	Muito leve: Ex: é mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.
2	Leve: Auto-estima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.
3	Moderado: Auto-estima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.
4	Moderadamente Grave: Ex.: um único (e claramente definido) delírio de grandeza encapsulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).
5	Grave: Ex: um único e claro delírio/sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.
6	Muito Grave: Ex: como acima, mas a quase-totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente
9 RELATO DO PACIENTE	HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
Pergunta-Guia	Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (como esse sentimento tem afetado o seu dia-dia?)
0	Não relatado
1	Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.
2	Leve Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido, ou freqüentemente se sente levemente deprimido.
3	Moderado. Ocasionalmente se sente muito deprimido, ou freqüentemente se sente moderadamente deprimido.
4	Moderadamente Grave Freqüentemente se sente muito deprimido
5	Grave Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.

6	Muito Grave Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.
10 RELATO DO PACIENTE	HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.
Pergunta-Guia	Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos)?
0	Não relatado
1	Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.
2	Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva, ou ocasionalmente sente raiva moderada.
3	
4	Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva; ou frequentemente sente raiva moderada.
5	
	Moderadamente Grave: Frequentemente sente muita raiva.
6	Grave: Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões. Muito Grave: Atuou sua raiva em várias ocasiões.
11 RELATO DO PACIENTE	DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação a paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.
Pergunta-Guia	Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (de que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por que? Como você sabe disso?)
0	Não relatado
1	Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.
2	Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.
3	Moderado: Desconfiança mais frequente; ou várias de referência passageiras.
4	Moderadamente Grave: Desconfiança disseminada; ou idéias de referência frequentes.
5	
	Grave: claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (p. ex. um delírio encapsulado).
6	Muito Grave: como acima, porém mais abrangente, frequente, ou intenso.
12 RELATO DO PACIENTE	COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorrem na última semana: Não pontuar “vozes na minha cabeça”, ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos
Pergunta-Guia	Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir?(você estava acordado neste momento? O que você ouvia [barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si]? Com que frequência? Interferem no seu dia-dia?) Você tem visto coisa que a maioria das pessoas não podem ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via [luzes, formas, imagens]? Com que frequência ? Interferem no seu dia-dia?)
0	Não relatado
1	Muito leve Apenas se suspeita de alucinação
2	Leve: alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes, ou transitórias.
3	Moderado Como acima, porém mais frequentes (p. ex.: frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa)
4	Moderadamente Grave: As alucinações são experienciadas quase todo o dia, ou são fontes de incômodo extremo.
5	Grave: Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (p.ex: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).
6	

	Muito Grave: como acima, com grave impacto (p. Ex.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).
13 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
0 1 2 3 4 5 6	Não observado Muito leve: Significação clínica duvidosa. Leve: Ex conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos. Moderado.: Ex: conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada. Moderadamente Grave: Ex: conversa é arrastada, movimenta-se muito lentamente. Grave: Ex: é difícil manter a conversa, quase não se movimenta. Muito Grave: Ex: conversa é quase impossível, não se move durante toda a entrevista.
14 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com o entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. Não pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.
0 1 2 3 4 5 6	Não observado Muito leve: Ex: não parece motivado. Leve: Ex: parece evasivo em certos assuntos. Moderado: Ex: monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente. Moderadamente Grave: Ex: expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista. Grave: Ex: recusa-se a responder à algumas questões. Muito Grave: Ex: recusa-se a responder à maior parte das questões
15 RELATO DO PACIENTE	ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO-DELÍRIOS: Gravidade de qualquer tipo de delírio – considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
Pergunta-Guia	Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mande mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?
0 1 2 3 4 5 6	Não relatado Muito leve: suspeita-se ou há probabilidade de delírio. Leve: às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais). Moderado: Plena convicção delirante porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento. Moderadamente Grave: Plena convicção delirante porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento. Grave: Delírios têm efeito significativo; por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus. Muito Grave: Delírios têm impacto marcante, por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.
16 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
0 1 2 3 4	Não observado Muito leve: Ex: ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção. Leve: Ex: expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada. Moderado: Ex: como acima, porém mais intenso, prolongado ou freqüente. Moderadamente Grave: Ex: achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou

5 6	três características:falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada Grave: Ex: profundo achatamento de afeto. Muito Grave: Ex: voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.
17 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
0 1 2 3 4 5 6	Não observado Muito leve: Significação clínica duvidosa. Leve: Ex: às vezes irritadiço ou expansivo. Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo. Moderadamente Grave Ex: constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico. Grave: Ex: enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista. Muito Grave Ex: como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.
18 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORIENTAÇÃO: confusão ou falta de orientação adequada em relação às pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
Pergunta-Guia	Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico). Re-entrevista: Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?
0 1 2 3 4 5 6	Não observado Muito leve: Ex: parece um pouco confuso. Leve: Ex: indica 2003 quando é na verdade 2004. Moderado: Ex: indica 1992. Moderadamente Grave: Ex: não sabe ao certo onde está. Grave: Ex: não faz idéia onde está. Muito Grave: Ex: não sabe quem é.

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Angelo B. M. Cunha
 Instituição/Departamento: UFSM / Departamento de Neuropsiquiatria
 Telefone para contato: (55) 3220-8384 ou 3220-8148
 Local da coleta de dados: Pronto Socorro Psiquiátrico e Unidade Paulo Guedes

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Qual o objetivo do estudo?

Compreender a prevalência e os fatores relacionados à agressividade ocorrida no ambiente hospitalar, bem como a relação da agressividade com as doenças psiquiátricas.

O que acontecerá neste estudo?

Sua participação no estudo consta em realizar entrevistas com um ou mais pesquisadores (no total são 4 entrevistas), os quais farão uma série de perguntas a respeito de sua doença, enquanto permanecer internado. Além disso, os dados contidos em seu prontuário serão revisados.

Quais os benefícios em participar da pesquisa?

Esta pesquisa contribuirá para um maior conhecimento sobre a agressividade, colaborando para que se tomem medidas de proteção, aumentando a segurança nas unidades de internação, sem um benefício direto para você.

Quais os riscos em participar da pesquisa?

A participação na pesquisa pode trazer desconforto emocional ao responder as perguntas. Não representará qualquer risco de ordem física, nem interferirá no tratamento que você vem recebendo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Pesquisador responsável

ANEXO IV – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Angelo B. M. Cunha

Instituição/Departamento: HUSM/ Departamento de Neuropsiquiatria

Telefone para contato: 55-32208148

Local da coleta de dados: PS Psiquiátrico e Unidade Paulo Guedes

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários, bases de dados e através de entrevistas clínicas, realizados no Pronto Socorro Psiquiátrico e na Unidade Paulo Guedes. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala de Coordenação da Psiquiatria, no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Angelo B. M. Cunha. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 13/06/2012, com o número do CAAE 02232612.3.0000.5346.

Santa Maria, 14 de junho de 2012.



Md. Vitor Crestani Calegari

CRM 31676

Médico Residente em Psiquiatria