

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

**Pedro Henrique Canova Mosele**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICOS  
ASSOCIADAS AO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA NUMA  
UNIDADE PSIQUIÁTRICA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Maria, RS  
2020

**Pedro Henrique Canova Mosele**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS AO USO  
DA CONTENÇÃO MECÂNICA NUMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA  
DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

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. Ângelo Miralha da Cunha  
Coorientador: Prof. Dr. Vitor Crestani Calegari

Santa Maria, RS  
2020

**Pedro Henrique Canova Mosele**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS AO USO  
DA CONTENÇÃO MECÂNICA NUMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA  
DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

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**

**Aprovado em 27 de novembro de 2020**

---

**Ângelo Miralha da Cunha, Dr. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)



---

**Vitor Crestani Calegari, Dr. (UFSM)**  
(Coorientador)



---

**Maurício Scopel Hoffmann, Dr. (UFSM)**



---

**Flávio Milman Shansis, Dr. (UNIVATES)**

Santa Maria, RS  
2020

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração a todos que vem me ajudando nessa caminhada que já dura quase três décadas. Essa etapa de minha formação não é senão consequência do apoio que venho recebendo de todos vocês. Obrigado...

... À minha mãe, Márcia, pelo amor e pelo modelo de dedicação à medicina...

... Ao meu pai, Sérgio, pelo exemplo e por me mostrar as realizações da docência...

... Aos meus avós, Garibaldi (*in memoriam*) e Gessi, por me ensinarem que o resultado aguarda àqueles que se esforçam de verdade...

... Aos meus avós, Henrique e Evanilde, por me ensinarem que o trabalho importa muito, mas não é tudo...

... À minha noiva, Patrícia, pelo amor verdadeiro e por estar do meu lado todos os dias...

... Ao professor Ângelo, pela confiança depositada e pelas oportunidades dadas...

... Ao professor Vítor, pela amizade e pelo exemplo de compromisso com a ciência...

... Aos funcionários, colegas e professores do Ambulatório de Psiquiatria e da Unidade Paulo Guedes do HUSM, pelo aprendizado que só é capaz de surgir da verdadeira dedicação ao ofício que escolhemos...

## RESUMO

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS AO USO DA CONTENÇÃO MECÂNICA NUMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

AUTOR: Pedro Henrique Canova Mosele  
ORIENTADOR: Ângelo Miralha da Cunha

A contenção mecânica (CM) é um procedimento utilizado nas internações e emergências psiquiátricas com o objetivo de manejar sobretudo quadros de agressividade e agitação não responsivos a outras intervenções. Mesmo quando corretamente indicada e executada, ela vem sendo associada ao risco de complicações clínicas e psicológicas. Fatores associados à CM variam muito entre os serviços de saúde, e podem embasar técnicas que previnam a necessidade do uso do procedimento. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ainda não possui estudos que se proponham a identificar tais fatores. **OBJETIVO:** Investigar a associação de fatores clínicos e epidemiológicos dos pacientes em internação psiquiátrica no HUSM com o uso de contenção mecânica para manejo de comportamentos agressivos. **METODOLOGIA:** Foi analisado banco de dados gerado a partir de um estudo de desenho observacional, longitudinal, prospectivo e naturalístico realizado entre agosto de 2012 a janeiro de 2013. Os pacientes foram entrevistados no Pronto Socorro Psiquiátrico (PS-PSIQ) e na Unidade Paulo Guedes (UPG) do HUSM. Foram coletadas informações demográficas e clínicas à admissão. A Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos (BPRS) foi aplicada na internação e na alta. A escala Escala de Agressividade Declarada (OAS) foi pontuada diariamente. A distribuição de dados ocorreu de maneira não-normal. Foi realizada análise bivariada das variáveis categóricas pelo Teste Exato de Fisher. As variáveis quantitativas foram avaliadas de forma transversal pelo teste Mann-Whitney e longitudinal pelo teste Wilcoxon. **RESULTADOS:** Dos 1625 pacientes atendidos no PS-PSIQ no período do estudo, foram selecionados 137 participantes. Foram incluídos pacientes adultos internados, e excluídos pacientes com *delirium*. Entre os participantes, 27% foram submetidos a CM ao longo do estudo. Os pacientes contidos apresentaram maior pontuação na escala BPRS à admissão e na escala OAS ao longo da internação. Tanto os pacientes contidos como os não contidos obtiveram melhora geral dos sintomas ao longo da internação. Os pacientes contidos não apresentaram mudança na pontuação das dimensões Afeto e Sintomas Negativos da escala BPRS ao longo da internação. **CONCLUSÃO:** A determinação de um perfil de maior heteroagressividade e gravidade psicopatológica entre os pacientes contidos pode colaborar com o uso de técnicas de manejo precoce e prevenção da necessidade de CM na UAP do HUSM. A análise longitudinal da evolução dos sintomas contraria a hipótese presente na literatura de que a CM poderia ocasionar o surgimento ou piora de sintomas ansiosos e depressivos. O presente estudo corrobora o uso da CM indicada e executada de maneira correta como forma de proteção ao paciente e àqueles próximos de si.

**Palavras-chave:** Restrição física. Unidade Hospitalar de Psiquiatria. Agressão.

## ABSTRACT

### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS ASSOCIATED TO THE USE OF MECHANICAL RESTRAINTS IN A PSYCHIATRIC UNIT IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO SUL STATE, BRAZIL

AUTHOR: Pedro Henrique Canova Mosele

ADVISOR: Ângelo Miralha da Cunha

Mechanical restraint (MR) is a procedure used in psychiatric units and emergencies with the aim of handling, mainly, episodes of aggression and agitation that are not responsive to other interventions. Even when correctly indicated and performed, it has been associated with the risk of clinical and psychological complications. Factors associated with the use of the MR vary widely among health services, and can support techniques that prevent its necessity. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) does not yet have studies that aim to identify such factors. **OBJECTIVES:** To investigate the association of clinical and epidemiological factors of patients in psychiatric hospitalization at HUSM with the use of mechanical restraint to manage aggressive behavior. **METHODOLOGY:** A database generated from an observational, longitudinal, prospective and naturalistic study conducted between August 2012 and January 2013 was analyzed. Patients were interviewed at the Psychiatric Emergency Room (PS-PSIQ) and at the Paulo Guedes Unit (UPG) of HUSM. Demographic and clinical information were collected on admission. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was applied at admission and at discharge. The Overt Aggression Scale (OAS) was scored daily. Data distribution occurred in a non-normal way. Bivariate analysis of categorical variables was performed using Fisher's exact test. Quantitative variables were assessed transversely by the Mann-Whitney test and longitudinally by the Wilcoxon test. **RESULTS:** Among the 1625 patients evaluated at the PS-PSIQ during the study period, 137 participants were selected. Adult inpatients were included, and patients with delirium were excluded. Among the participants, 27% required mechanical restraint throughout the study. The contained patients had a higher score on the BPRS scale at admission and on the OAS scale throughout hospitalization. Both contained and non-contained patients achieved general improvement in symptoms throughout hospitalization. The contained patients showed no change in the score of the Affect and Negative Symptoms domains of the BPRS scale during hospitalization. **CONCLUSION:** The determination of a profile of greater hetero-aggressiveness and psychopathological severity among the patients contained can collaborate with the use of early management techniques to prevent the need of MR at HUSM. The longitudinal analysis of the evolution of symptoms contradicts the hypothesis in the literature that MR could cause the onset or worsening of anxious and depressive symptoms. The present study corroborates the correct indication and use of MR as a way of protecting the patients and those close to them.

**Keywords:** Physical restraint. Hospital Psychiatric Department. Aggression.

## LISTA DE SIGLAS

|          |  |
|----------|--|
| CM       | Contenção mecânica   |
| CFM      | Conselho Federal de Medicina                                       |
| COFEN    | Conselho Federal de Enfermagem                                     |
| N-CON    | Grupo dos pacientes não contidos                                   |
| CON      | Grupo dos pacientes contidos                                       |
| BPRS     | Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos                             |
| HUSM     | Hospital Universitário de Santa Maria                              |
| OAS      | Escala de Agressividade Declarada                                  |
| PS-PSIQ  | Pronto Socorro Psiquiátrico  |
| SIG-BPRS | Entrevista Estruturada para Escala Breve de Sintomas Psiquiátricos |
| UAP      | Unidade de Atenção Psicossocial                                    |
| UPG      | Unidade Paulo Guedes   |
| TCLE     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                         |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra e diferenças entre CON e N-CON .....             | 27 |
| Tabela 2 - Histórico de agressividade e características da internação nos grupos N-CON e CON.....        | 29 |
| Tabela 3 - Hipóteses diagnósticas na alta de acordo com o CID-10, diferença entre N-CON e CON .....      | 30 |
| Tabela 4 - Escala OAS, comparação entre os grupos N-CON e CON .....                                      | 31 |
| Tabela 5 - Comparação da gravidade dos sintomas pela escala BPRS – Análise transversal, N-CON x CON..... | 32 |
| Tabela 6 - Comparação da gravidade dos sintomas pela escala BPRS – Análise longitudinal, INT x ALT.....  | 33 |



## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>10</b>  |
| <b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....  | <b>12</b>  |
| <b>3. OBJETIVOS</b> .....  | <b>13</b>  |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....   | 13         |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....   | 13         |
| <b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | <b>14</b>  |
| 4.1 CONCEITO E REGULAMENTAÇÃO .....  | 14         |
| 4.2 INDICAÇÕES E TÉCNICA.....  | 14         |
| 4.3 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS .....  | 15         |
| 4.4 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS .....  | 16         |
| 4.5 PREVALÊNCIA, IMPACTO E PREVENÇÃO.....  | 16         |
| 4.6 FATORES ASSOCIADOS AO USO DE CONTENÇÃO MECÂNICA.....   | 17         |
| <b>5. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....  | <b>20</b>  |
| 5.1 DESENHO DO ESTUDO.....   | 20         |
| 5.2 AMOSTRA.....   | 20         |
| 5.3 LOCAL DO ESTUDO.....   | 20         |
| 5.4 EQUIPE DE PESQUISA .....   | 21         |
| 5.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....   | 21         |
| 5.6 COLETA DE DADOS .....  | 22         |
| <b>5.6.1 Primeira etapa</b> .....  | <b>22</b>  |
| <b>5.6.2 Segunda etapa</b> .....   | <b>22</b>  |
| 5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....  | 233        |
| 5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....   | 23         |
| <b>6. RESULTADOS</b> .....   | <b>24</b>  |
| <b>7. DISCUSSÃO</b> .....  | <b>344</b> |
| <b>8. CONCLUSÃO</b> .....  | <b>377</b> |
| <b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....   | <b>388</b> |
| <b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....  | <b>422</b> |
| <b>ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....  | <b>444</b> |
| <b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO</b> .....  | <b>455</b> |
| <b>ANEXO D – GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA ESCALA BREVE DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS (SIG-BPRS)</b> ..... | <b>466</b> |
| <b>ANEXO E – ESCALA BREVE DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS (BPRS)</b> .....   | <b>577</b> |
| <b>ANEXO F – ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS)</b> .....   | <b>599</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A contenção mecânica (CM) é um procedimento que consiste no uso de meios físicos, materiais ou de equipamentos ligados ao corpo de um paciente com o objetivo de limitar seus movimentos e que podem ser facilmente removidos (GARRIGA et al., 2016; KNOX; HOLLOMAN, 2012). Esse procedimento é indicado no contexto das emergências e internações psiquiátricas para a proteção do paciente ou dos demais, sobretudo para o manejo de comportamentos agitados ou agressivos, sempre associado ao uso de psicofármacos (GARRIGA et al., 2016) (KNOX; HOLLOMAN, 2012). Entretanto, só deve ser utilizada como último recurso, quando outras medidas verbais ou farmacológicas para o manejo da agitação e agressividade não tenham surtido efeito (COWIN et al., 2003).

No Brasil, há normativas específicas dos Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem que regulamentam a indicação, prescrição, acompanhamento e tempo de uso da CM (CFM, 2000; CFE, 2012). Além disso, há uma diretriz recente desenvolvida pela força tarefa do Comitê de Psiquiatria de Emergência da Associação Brasileira de Psiquiatria que versa sobre o uso de medidas não farmacológicas para o manejo da agitação psicomotora, incluindo a CM. Esse procedimento deve ser realizado por pessoal treinado, seguindo um conjunto de técnicas estruturadas. Além disso, uma série de cuidados envolvendo a monitorização e o tempo de permanência da CM devem ser observados (BALDAÇARA et al., 2019). Mesmo assim, ela vem sendo descrita como um procedimento associado a possíveis complicações clínicas para os pacientes, e psicológicas inclusive para os membros da equipe assistente (KNOX; HOLLOMAN, 2012; JEGEDE et al., 2017; CURRIER; ALLEN, 2000).

Todavia, não há clara evidência na literatura que aponte possíveis impactos negativos ou positivos da CM sobre a melhora clínica dos pacientes (SAILAS; FENTON, 2000), inclusive pelas limitações éticas na realização de estudos randomizados sobre o tema. Mesmo assim, seria quase impossível a manutenção de serviços que atendam pacientes com transtornos mentais graves sem o seu uso (KNOX; HOLLOMAN, 2012; FISHER, 1994)

Uma série de estudos tem avaliado fatores clínicos e epidemiológicos associados ao uso da CM em emergências e internações psiquiátricas, e diferenças relevantes entre os serviços de saúde vêm sendo identificadas (BEGHI et al., 2013). A avaliação desses fatores pode contribuir para a elaboração de protocolos de risco de CM mais personalizados a cada serviço. Protocolos dessa natureza tem se mostrado capazes de reduzir a taxa de uso CM através da utilização

precoce de técnicas que previnam o escalonamento de comportamentos agressivos (LEPPING et al., 2009; NICE, 2015)

Apesar da evidente relevância do tema, estudos que se proponham a avaliar fatores clínicos, diagnósticos e epidemiológicos associados ao uso da CM nos serviços de psiquiatria brasileiros são escassos (MIGON et al., 2008; BRAGA et al., 2016). Da mesma maneira, apesar da existência de trabalhos avaliando comportamentos violentos (CALEGARO et al., 2014) e a realização de internações involuntárias (CANOVA MOSELE et al., 2018), até o presente momento não há estudos sobre o uso de CM no contexto da Unidade de Atenção Psicossocial (UAP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

Assim, esse trabalho se propõe a identificar as principais características clínicas, diagnósticas e epidemiológicas associadas ao uso de CM no contexto da UAP do HUSM. A determinação do perfil de pacientes contidos poderá auxiliar na elaboração de protocolos de prevenção à necessidade de CM mais atentos às particularidades do nosso serviço. Além disso, esse estudo se propõe a avaliar o perfil e gravidade sintomatológicos dos pacientes contidos e não contidos, no início e ao fim do estudo. Com isso, buscaremos contribuir com a investigação sobre os impactos da CM na melhora clínica dos pacientes internados em unidades psiquiátricas.

Estabelecemos a hipótese de que o uso de CM estaria associado a um perfil de pacientes mais heteroagressivos e de maior gravidade psicopatológica. Além disso, estabelecemos a hipótese de que os pacientes contidos obteriam melhora dos sintomas ao longo da internação, não apresentando ao fim do estudo níveis de gravidade psicopatológica diferentes dos pacientes não contidos. `

## 2. JUSTIFICATIVA

A CM é um procedimento que, mesmo quando corretamente indicado e executado, apresenta risco de complicações clínicas (MOHR; PETTI; MOHR, 2003; GROSSMAN et al., 1996; LOWN; DESILVA, 1978). Técnicas de prevenção ao escalonamento da agressividade podem ser usadas para reduzir a necessidade do seu uso (LEPPING et al., 2009; NICE, 2015). Para que essas técnicas possam ser mais bem indicadas e executadas em nosso meio é necessário conhecer o perfil epidemiológico, sintomatológico e diagnóstico dos pacientes contidos na UAP do HUSM.

Além disso, não há na literatura evidências que indiquem impactos da CM sobre a melhora clínica dos pacientes psiquiátricos (SAILAS; FENTON, 2000). Os estudos que se propõe a analisar consequências psicológicas do uso do procedimento vem apresentando limitações importantes (NELSTROP et al., 2006). É necessária a realização de estudos com maior rigor metodológico, por exemplo, com uso de escalas padronizadas e com maior tamanho de amostra, para que se possa contribuir com a investigação dos possíveis impactos da CM sobre a evolução sintomatológica dos pacientes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Investigar a associação de fatores clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados na UAP do HUSM com o uso de CM para manejo de comportamentos agressivos.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar a prevalência de CM durante a realização do estudo
- Investigar se há associação entre o uso de CM entre os pacientes participantes e:
  - As suas características epidemiológicas
  - As suas características clínicas e diagnósticas
  - O seu nível de agressividade ao longo do estudo (medido pela escala OAS)
  - Os seus níveis de gravidade psicopatológica no momento da internação (medidos pela escala BPRS)
  - Os seus níveis de gravidade psicopatológica no momento da alta (medidos pela escala BPRS)
- Investigar se houve diferença na gravidade psicopatológica dos pacientes contidos e dos não contidos, quando comparado o momento da internação com o momento da alta (medidos pela escala BPRS)

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 CONCEITO E REGULAMENTAÇÃO**

A CM é um procedimento utilizado para limitar temporariamente os movimentos de um paciente, sua atividade física, o acesso ao seu próprio corpo ou a objetos que possam ser usados para auto ou heteroagressão, associado a contenção farmacológica. No contexto das internações e emergências psiquiátricas, ela é utilizada sobretudo para o manejo de comportamentos agudamente violentos (GEORGIEVA; VESSELINOV; MULDER, 2012; GARRIGA et al., 2016).

No Brasil, esse procedimento é regulamentado através de normativas dos Conselhos Federais de Medicina (CFM) e de Enfermagem (COFEN). De acordo com a Resolução 1598/2000 do CFM, em seu Artigo 11º, cabe ao médico a prescrição e a indicação da contenção mecânica e a um auxiliar do corpo de enfermagem o acompanhamento direito do paciente durante todo o tempo em que permanecer contido (CFM, 2000). Da mesma maneira, a Resolução 427/2012 do COFEN determina, em seu Artigo 2º, que a contenção mecânica deverá ser utilizada apenas quando único meio possível para impedir a ocorrência de danos iminentes ao contido ou aos demais pacientes. Além disso, não deverá ser prolongada além do tempo estritamente necessário para essa função. (COFEN, 2012).

### **4.2 INDICAÇÕES E TÉCNICA**

A principal indicação para o uso da CM no âmbito da psiquiatria é a falha de outras técnicas que objetivam o manejo e a tranquilização de pacientes agitados e agressivos. (COWIN et al., 2003; HUF et al., 2012). Entretanto, suas indicações vão do controle da confusão mental importante e do risco de queda até o de comportamentos suicidas.

O mais recente protocolo brasileiro para manejo de agitação psicomotora (BALDAÇARA et al., 2019) lista uma série de recomendações para a sua realização: (1) Uso da contenção apenas quando outras técnicas falharem; (2) Buscar prevenir, reduzir e até mesmo eliminar o uso da contenção mecânica; (3) Quando seu uso for inevitável, encerrar o uso da contenção na primeira oportunidade possível; (4) Explicar ao máximo ao paciente a necessidade do uso da contenção, respeitando sua dignidade; (5) Treinar as equipes que realizam a contenção numa técnica padronizada; (6) Informar ao paciente e a seus acompanhantes sobre a necessidade da contenção (HEALTH DIVISION; 2006); (7) Indicar a contenção através de

prescrição médica e utilizá-la por no máximo duas horas; (8) Realizar a contenção com cinco profissionais, quatro cuidando dos membros e um da cabeça, via aérea e sinais vitais; (9) Utilizar técnica com quatro pontos (punhos e tornozelos), cinco pontos (soma-se o uso de contenção torácica) ou nove pontos (soma-se a contenção de braços e coxas); (10) Monitorar sinais vitais, fluxo sanguíneo e o estado de cada membro contido a cada 15 minutos na primeira hora, e a cada meia hora até a contenção ser encerrada, registrando dados em prontuário; (11) Utilizar preferencialmente tecido para a contenção, ou o material mais confortável possível (BALDAÇARA et al., 2019).

Estudo realizado na cidade de Belo Horizonte identificou que a técnica de CM mais utilizada foi a de quatro pontos (47,8%), e grande parte dos pacientes ficou contida por mais de 240 minutos (27,3%). Quanto aos dados vitais, apenas 40,8% tiveram um registro completo em três momentos: logo ao ser contido, com 30 minutos e na retirada da contenção. (BRAGA et al., 2016).

### **4.3 COMPLICAÇÕES CLÍNICAS**

A história da psiquiatria mostra que a CM já foi utilizada em contextos preocupantes de excessos e violações de direitos humanos fundamentais (MASTERS; CAROLINA, 2017). Entretanto, dados da atualidade demonstram que, mesmo quando adequadamente indicada e executada, ela está longe de ser um procedimento livre de riscos.

Vem sendo relatadas na literatura complicações clínicas como rabdomiólise, tromboembolismo pulmonar e trombose venosa profunda, cujo risco estaria especialmente aumentado caso a CM fosse mantida por longos períodos (MOHR; PETTI; MOHR, 2003; GROSSMAN et al., 1996) Além disso, a rápida liberação de catecolaminas durante o procedimento estaria relacionada ao possível surgimento ou exacerbação de arritmias cardíacas e de acidose. Essas complicações reforçam a necessidade bem estabelecida de avaliação clínica e de fatores de risco cardiovasculares dos pacientes internados em unidades psiquiátricas (LOWN; DESILVA, 1978).

Por fim, o uso de CM pode estar associado ao risco de morte do paciente (RAKHMATULLINA; TAUB; JACOB, 2013). Um protocolo da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations redigido em 1998 trouxe o relato de dez mortes decorrentes do uso de CM. Dentre elas, 40% ocorreram devido a asfixia - ocorrida tanto pela restrição inadequada do movimento respiratório torácico e por compressão cervical, como pelo comprometimento funcional das vias aéreas devido a maciça liberação de catecolaminas. Da

mesma maneira, foi relatada morte por aspiração em contenções em decúbito dorsal (JOINT COMMISSION, 1998). Sabe-se que pacientes sob custódia policial e que tenham feito uso de substâncias prévio ao momento da contenção apresentam maior risco de asfixia. (REAY et al., 1988).

#### **4.4 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS**

São descritas complicações psicológicas em pacientes submetidos a CM. *Bonner et al* entrevistaram seis pacientes com histórico de CM em uma internação psiquiátrica. Relataram que os pacientes haviam se sentido muito incomodados com a experiência, além de envergonhados e isolados após sua realização. Da mesma maneira, três pacientes relataram terem experimentado revivências de traumas sofridos previamente (BONNER et al., 2002). É preciso levar em conta que a maioria dos artigos que tratam desse tema apresenta limitações importantes, como amostras pequenas, fatores de confusão não levados em conta, bem como uma série de vieses de seleção (NELSTROP et al., 2006).

Frueh et al. realizaram um estudo transversal com 142 pacientes internados voluntariamente em um hospital psiquiátrico americano. Dentre os 48 pacientes (34%) que foram contidos em algum momento da internação, 25 (52%) relataram a experiência como severamente angustiante uma semana após o ocorrido. Além disso, pacientes que sofreram abuso sexual na vida adulta apresentaram maior razão de chances de serem submetidos a CM (58% vs 28%, OR 3,7 - IC 1,5 a 9,2.  $p = 0,05$ ) (FRUEH et al., 2005). Isso pode ter ocorrido devido à exposição a eventos traumáticos ser um fator de risco inespecífico para transtornos mentais (BRYANT et al., 2010), o que pode ser um confundidor para a necessidade do uso de CM. Apesar dos altos índices de exposição a eventos traumáticos ao longo da vida (87% dos participantes), não houve diferença quanto ao uso de contenção mecânica entre pacientes diagnosticados com TEPT na internação e aqueles sem o transtorno.

#### **4.5 PREVALÊNCIA, IMPACTO E PREVENÇÃO**

Mesmo com os riscos secundários à sua utilização, a CM segue como um procedimento amplamente utilizado no contexto das emergências e internações psiquiátricas. A prevalência do uso de CM pode variar entre 3,8% até 20%, dependendo do serviço de saúde (BEGHI et al., 2013). Um estudo brasileiro realizado em três emergências psiquiátricas da cidade do Rio de Janeiro encontrou uma prevalência de uso de CM de 24% (MIGON et al., 2008). Da mesma



maneira, um estudo holandês realizado com pacientes em sua primeira internação em enfermaria psiquiátrica encontrou uma prevalência de 14% para o uso do procedimento (GEORGIEVA; VESSELINOV; MULDER, 2012).

Até o momento, não há evidências que apontem impactos positivos ou negativos do uso da CM sobre a melhora clínica dos pacientes admitidos em serviços de emergência ou enfermarias psiquiátricas (SAILAS; FENTON, 2000). Assim, esforços têm sido realizados para prevenir a ocorrência de situações-limite que tornem inevitável o uso da CM e, assim, reduzir o risco das complicações clínicas e psiquiátricas a ela associadas (D'ORIO et al., 2004).

É descrito que as enfermarias psiquiátricas com as menores taxas de CM são aquelas cujas equipes se sentem bem treinadas na aplicação de protocolos que avaliam o risco de comportamentos violentos (LEPPING et al., 2009). É possível que isso ocorra pela tendência ao uso precoce de técnicas que previnam o escalonamento da agressividade (NICE, 2015).

#### **4.6 FATORES ASSOCIADOS AO USO DE CONTENÇÃO MECÂNICA**

Algumas características clínicas e epidemiológicas são associadas ao maior uso de CM e, da mesma maneira que a prevalência do uso do procedimento, elas podem ser diferentes entre os serviços de saúde mental. Além disso, estudos brasileiros sobre o assunto seguem escassos.

Num estudo realizado por *Mignon et. al.*, foram analisados 301 pacientes agitados e agressivos admitidos em três pronto-atendimentos psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Dados sobre CM foram coletados durante a primeira hora, e dados clínicos e epidemiológicos após duas horas, 24 horas e 2 semanas da internação como parte de um ensaio clínico randomizado que avaliou a eficácia de psicotrópicos na emergência. Paciente jovens, intensa ou extremamente agitados apresentaram uma maior chance de CM. Da mesma maneira, o procedimento foi realizado em maior proporção em pacientes com diagnóstico de transtorno de uso de substância, demência, retardo mental, doença orgânica, ou estresse psicológico, quando comparados a pacientes diagnosticados com um transtorno psicótico. (MIGON et al., 2008)

Braga et. al, num estudo realizado na cidade brasileira de Belo Horizonte, avaliaram de forma transversal formulários de registro e monitoramento de CM entre os anos de 2011 e 2012, sendo estes comparados com os registros das demais internações englobadas no mesmo período. No período compreendido entre setembro de 2011 e agosto de 2012 foram coletados dados de 740 contenções em 431 pacientes; a CM foi registrada em 13,4% das 2.158 internações

no período, sendo que foi mais comum em pacientes entre 18 e 29 anos (43%), do sexo masculino (57,2%), portadores de psicoses não orgânicas (55,9%), apresentando agitação/agressividade (75,5%). A técnica foi geralmente de quatro pontos (47,8%), durando entre 61-240 minutos (27,3%). Os únicos fatores associados ao uso de CM foram a idade e o tempo de permanência na internação (BRAGA et al., 2016)

*Georgieva et. al* avaliaram 520 pacientes de forma prospectiva em sua primeira internação numa enfermaria psiquiátrica na Holanda. Neste estudo, o gênero masculino, idade entre 16 e 30 anos, internação involuntária, CM em internações prévias, transtorno psicótico, ausência de juízo crítico e *insight*, além de alto prejuízo de funcionamento, foram associados a aumento de chances do uso da CM. Também encontraram que apenas a internação involuntária e a falta de cooperação como fatores que aumentaram a chance de CM. (GEORGIEVA; VESSELINOV; MULDER, 2012). Da mesma maneira, *Pawlowski & Baranowski* avaliaram 1476 pacientes internados num hospital psiquiátrico polonês. Dentre eles, 15% foram contidos em algum momento da internação. Os achados associados ao maior uso do procedimento foram: gênero masculino, idade jovem, transtorno de uso de substância, internação involuntária e histórico de episódios prévios de CM. (PAWLOWSKI; BARANOWSKI, 2017).

Estudos observacionais realizados através da revisão de prontuários também têm buscado avaliar essa associação. *Simpson et. al* avaliou dados do prontuário médico e dos registros de enfermagem de 3669 pacientes atendidos na emergência psiquiátrica de um hospital universitário americano. Aumentaram a chance do uso da CM a presença de comportamentos disruptivos, baixo insight, psicose, episódio maníaco ou misto, além de ser trazido ao hospital pela polícia ou outras pessoas. A vigência de episódio depressivo e alto risco de suicídio foi associado com o menor uso do procedimento. (SIMPSON et al., 2014).

Outro estudo, realizado em um hospital psiquiátrico iraniano, revisou 607 prontuários referentes às admissões na emergência durante um ano. Nele, fatores como idade, sexo e ocupação não influenciaram a taxa de CM. Por outro lado, estar psicótico por conta do uso de metanfetamina e estar em vigência de um episódio maníaco se mostrou significativamente associado. Ademais, uma maior duração da hospitalização e ser a primeira internação do paciente também se mostraram características preditoras de maior risco à contenção. (HADI et al., 2015).

*Dazi et. al* avaliou prontuários médicos de 1552 pacientes adultos numa enfermaria psiquiátrica de Roma, em internações que ocorreram ao longo de cinco anos. Esse estudo retrospectivo apresentou sexo masculino, idade jovem, admissão involuntária, transtorno de

humor bipolar, comorbidade (tanto com transtorno de uso de substância como com déficit cognitivo) e maior tempo de hospitalização como fatores capazes de aumentar a chance do uso da CM. Além disso, foram analisadas as escalas CGI-S que classifica gravidade, e BPRS-E, que avalia os pacientes com base em categorias de sintomas psiquiátricos. Uma maior pontuação na CGI-S se mostrou fator de risco para a necessidade de CM. Da mesma maneira, na BPRS-E sintomas contidos nas dimensões Resistência, Ativação e Sintomas Positivos também foram preditores. Por outro lado, maior gravidade envolvendo as dimensões de Sintomas Negativos e Afeto se mostraram fatores de proteção. (DAZZI et al., 2017).

Um estudo retrospectivo realizado em Hong Kong analisou prontuários de 335 pacientes, referente a até quatro meses de permanência no hospital. Buscou-se avaliar a incidência de uso de CM nos primeiros sete dias de internação. Nesse período, 39,7% dos pacientes foram contidos. Internação involuntária, idade avançada, histórico de comportamento violento e o não uso de medicamentos à chegada na emergência aumentou a chance de CM, enquanto o diagnóstico de depressão teve o efeito contrário. (WU, 2015)

## **5. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

O presente trabalho apresenta um desenho observacional, longitudinal, prospectivo e naturalístico.

### **5.2 AMOSTRA**

O banco de dados analisado foi criado a partir de um estudo intitulado “Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados”. (CALEGARO, 2013). Ele se propôs a avaliar todos os pacientes internados na Unidade de Atenção Psicossocial (UAP) do HUSM entre agosto de 2012 e janeiro de 2013. Esse estudo teve como objetivo investigar o perfil psicopatológico e os fatores de risco associadas a agressividade nos pacientes participantes.

Os critérios de inclusão utilizados foram: (1) idade entre 18 a 65 anos, (2) avaliação no Pronto Socorro Psiquiátrico (PS-PSIQ), (3) internação no PS-PSIQ ou na Unidade Paulo Guedes (UPG), e (4) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão utilizado foi a ocorrência de sintomas psiquiátricos devido a uma condição médica geral (*delirium*).

A determinação do tamanho da amostra ocorreu após a realização de um estudo piloto de 40 dias de duração com 30 pacientes entre agosto e setembro de 2012. Foi determinado um tamanho de amostra de 113 participantes. Para isso, considerou-se: os 327 pacientes internados na UAP do HUSM no ano de 2011; a prevalência de 6,7% de agressividade física como desfecho principal no estudo piloto; uma expectativa de perdas de 10%; um nível de significância de 0,05 e um erro padrão de 0,04. (CALEGARO, 2013)

### **5.3 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo que gerou o banco de dados avaliado foi realizado no HUSM, um hospital geral de alta complexidade, que hoje é referência para 45 municípios da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul, compreendendo uma população aproximada de 1,2 milhão de habitantes. (BRASIL, 2020)

As internações na UAP ocorriam, à época da realização do estudo, na Unidade Paulo Guedes (UPG) e no Pronto Socorro Psiquiátrico (PS-PSIQ). A UPG é um serviço misto,

fechado, direcionado a adultos que necessitam de internação psiquiátrica de curto prazo. À época da realização do estudo, contava com 25 leitos divididos entre dois apartamentos, duas enfermarias femininas e duas enfermarias masculinas.

O PS-PSIQ era formado por uma sala de espera, uma sala de atendimento, uma sala de enfermagem, um quarto médico e uma enfermaria com dois leitos para observação ou internação, além de cadeiras para familiares e/ou pacientes. À época, os pacientes internados na UPG eram primeiro avaliados no PS-PSIQ. Não havendo leitos na UPG, os pacientes ficavam em observação até a meia-noite do dia da chegada, sendo então internados no próprio PS-PSIQ caso precisassem aguardar por um leito na UPG. O PS-PSIQ do HUSM teve seu funcionamento encerrado em 2015.

#### **5.4 EQUIPE DE PESQUISA**

A equipe de pesquisa foi formada pelo pesquisador responsável (Prof. Vitor Calegari), além de médicos residentes e acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A equipe de pesquisa foi treinada para aplicação do formulário, revisão de prontuários e aplicação de escalas durante um estudo piloto que durou 30 dias.

A divisão de funções se deu de modo que o pesquisador responsável e os médicos residentes ficaram responsáveis pela obtenção do TCLE e aplicação da escala BPRS. Aos acadêmicos de medicina coube o preenchimento do formulário de pesquisa e a aplicação diária da escala OAS.

#### **5.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

A Escala de Agressividade Declarada (OAS) é um instrumento capaz de documentar e quantificar a gravidade de episódios agressivos. (SILVER; YUDOFKY, 1991). A OAS é uma escala de fácil aplicação, e é dividida em quatro categorias: agressão verbal e agressão física contra si, contra objetos ou contra outras pessoas. Da mesma maneira, há uma escala que avalia o tipo de intervenção utilizada, incluindo o uso de CM, além do horário e duração do episódio. (YUDOFKY; MACKINNON, 1988)

A escala BPRS vem sendo utilizada há décadas para quantificar a gravidade e a evolução de sintomas psiquiátricos (OVERALL; HOLLISTER; PICHOT, 1967). A versão utilizada no trabalho foi a ancorada, de 18 itens cuja pontuação varia de 0 a 6, com os maiores valores

identificando sintomas mais graves. (ROMANO; ELKIS, 1996). Utilizou-se também um guia de entrevista estruturada (Structured Interview Guide, SIG-BPRS – Anexo II) capaz de aumentar a confiabilidade da aplicação do teste (CRIPPA et al., 2001). A versão brasileira utilizada pode ser dividida em cinco diferentes dimensões de sintomas: *Afeto* (preocupações somáticas, ansiedade, sentimento de culpa, humor depressivo), *Sintomas positivos* (desorganização conceitual, comportamento alucinatório, pensamentos não habituais, megalomania); *Sintomas negativos* (embotamento afetivo, retraimento emocional, retardo motor, desorientação), *Resistência* (hostilidade, não cooperação, desconfiança) e *Ativação* (excitação, tensão, maneirismos) (SHAFER, 2005).

## **5.6 COLETA DE DADOS**

### **5.6.1 Primeira etapa**

A primeira etapa da coleta de dados ocorreu no PS-PSIQ. Nela, pesquisadores médicos verificavam diariamente se havia pacientes internados na emergência ou na iminência de serem transferidos para internação na UPG. Era realizado convite à participação na pesquisa e assinado o TCLE. Então, procedia-se uma entrevista clínica, avaliando inclusive dados anteriores à internação, bem como a primeira aplicação da escala BPRS (T<sub>0</sub>). Além disso, procedia-se a revisão de prontuário dos pacientes participantes.

Da mesma maneira, um pesquisador foi designado para pontuar diariamente a escala OAS, entrevistando os médicos plantonistas, a equipe de enfermagem, os acompanhantes e os próprios pacientes. Caso outro pesquisador presenciasse um incidente de agressividade antes disso, esse já era pontuado. Considerou-se que um episódio agressivo poderia ser formado por diversos incidentes. Assim, contou-se o período de 24h para determinar cada episódio agressivo.

### **5.6.2 Segunda etapa**

Na segunda etapa do estudo, os pacientes participantes que foram transferidos do PS-PSIQ para a UPG seguiram sendo acompanhados pelo pesquisador médico que realizou a avaliação inicial. Foi realizada nova aplicação da escala BPRS depois de 21 dias da internação ou em até 72h antes da alta hospitalar, o que ocorresse primeiro (T<sub>A</sub>). Da mesma maneira, pesquisadores médicos ou estudantes pontuaram diariamente a escala OAS dos pacientes

participantes internados na UPG. Por fim, foi averiguado o diagnóstico dado na nota de alta de cada paciente, codificado pelo CID-10.

## 5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados através do software SPSS (Statistical Package For Social Sciences) versão 23.0. Os participantes foram divididos em dois grupos: o dos não contidos (N-CON), e o dos contidos (CON). Foi realizada análise descritiva das variáveis e construção de tabelas de frequência, sendo verificada que a distribuição dos dados ocorreu de maneira não-normal. Assim, a análise bivariada das variáveis categóricas foi feita com pelo Teste Exato de Fisher, sendo calculados os Odds ratios (OR) e seus intervalos de confiança de 95% para cada um dos grupos. As variáveis analisadas pelo Teste Exato de Fisher foram as características sociodemográficas, o histórico de agressividade, as características da internação e as hipóteses diagnósticas na alta. Da mesma maneira, a análise transversal de variáveis quantitativas foi realizada pelo teste Mann-Whitney, e a longitudinal pelo teste Wilcoxon. A agressividade medida pela escala OAS, bem como a pontuação da escala BPRS na internação e também na alta foram analisadas pelo teste Mann-Whitney. A comparação da pontuação da escala BPRS entre internação e alta foi analisada pelo teste Wilcoxon.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo que serviu de base para o presente trabalho, intitulado *Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados* recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria em 14 de junho de 2012, sob o CAAE 02232612.3.0000.5346. Ele está de acordo os princípios éticos da Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa (BRASIL, 2012). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por cada participante ou por um responsável legal. Da mesma maneira, um Termo de Confidencialidade foi assinado pelo pesquisador responsável.

## 6. RESULTADOS

O fluxograma referente a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão na formação da amostra do estudo está representado na Figura 1. Das 1625 avaliações psiquiátricas realizadas no PS-PSIQ durante o período do estudo, foram selecionados 137 pacientes participantes do estudo.

Na Tabela 1 podem ser encontradas as características sociodemográficas da amostra. Os participantes da pesquisa foram predominantemente homens, brancos, de 18 a 35 anos, com ensino fundamental incompleto, solteiros, separados ou viúvos, e que moravam com familiares. A maioria dos participantes possuía vínculo com algum serviço de saúde e já havia tido ao menos uma internação psiquiátrica prévia. Dentre os participantes, 27% foram contidos durante o tempo de permanência no estudo.

Na Tabela 2 constam os resultados referentes ao histórico de agressividade dos pacientes. Foram associados a uma maior chance de CM o histórico de agressividade contra objetos na semana anterior, o caráter involuntário da hospitalização e a necessidade de internação para conter o risco de heteroagressividade. Por outro lado, o histórico de tentativa de suicídio na semana anterior, e a internação para conter o risco de suicídio foram associados a uma chance menor de CM. (Tabela 2).

Ser trazido ao hospital pelo SAMU ou pela polícia não apresentou diferença estatística entre os grupos (N-CON = 29% vs CON = 46%). Estar em abstinência (N-CON = 5% vs CON = 11%) ou em intoxicação por substâncias (N-CON = 20% vs CON = 22%) à avaliação no PS-PSIQ não alterou a chance de CM durante a internação. Por fim, ter um tratamento medicamentoso prescrito (N-CON = 23% vs CON = 24%) e fazer uso regular de psicofármacos (N-CON = 30% vs CON = 30%) também não diferiu de maneira significativa entre os grupos.

A Tabela 3 apresenta os resultados da prevalência dos transtornos mentais nos grupos N-CON e CON. Dentre os transtornos da personalidade, apenas o Dissocial e o com Instabilidade Emocional foram associados a uma maior chance de CM. Dentre os transtornos de humor, o diagnóstico de um Episódio Depressivo e de Transtorno Depressivo Recorrente se associaram a uma menor chance de CM, enquanto o de Transtorno Bipolar em vigência de um episódio maníaco ou misto em pacientes femininas foi associado a uma chance aumentada.

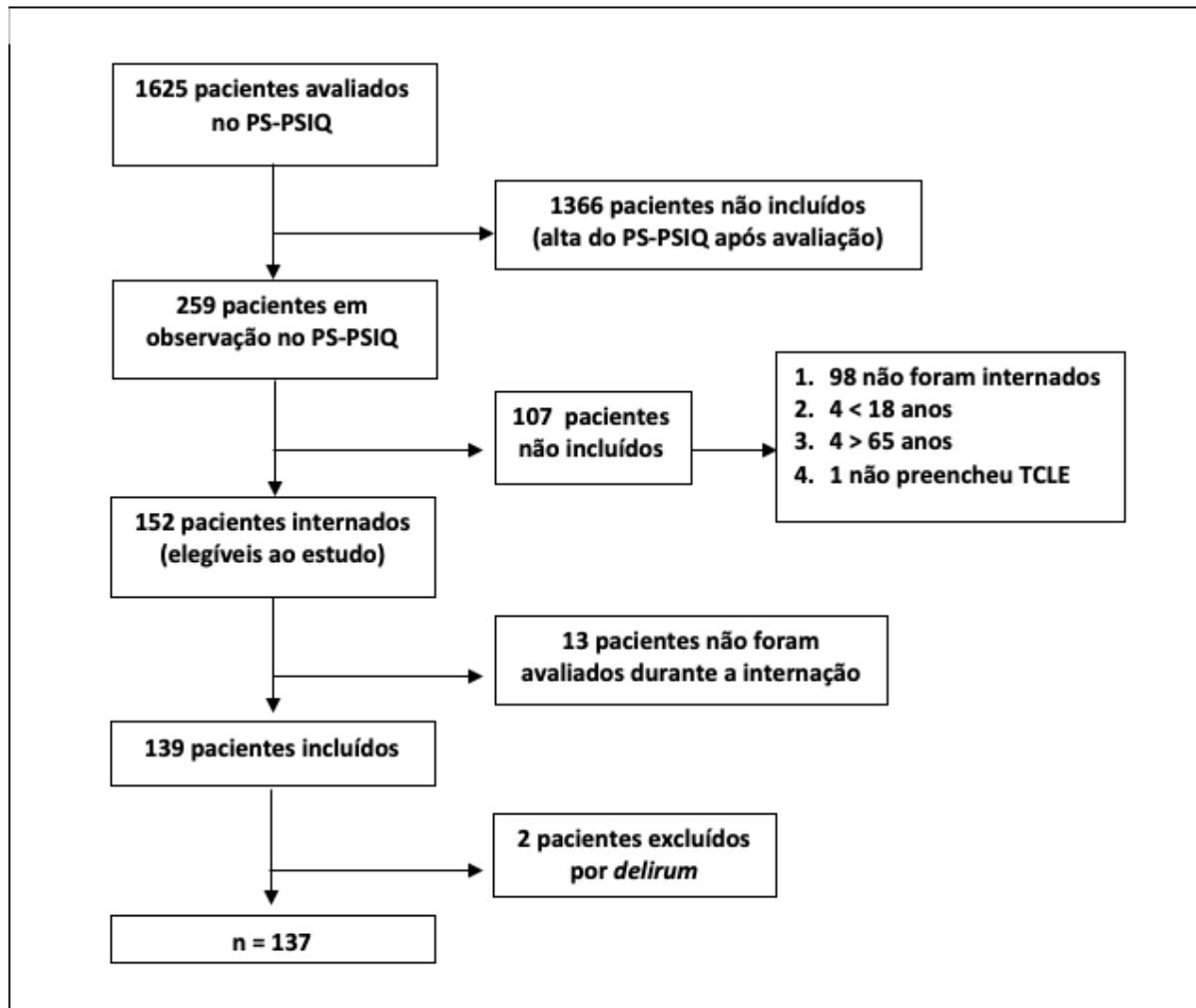
A Tabela 4 apresenta a mediana da escala OAS nos grupos N-CON e CON. Os pacientes que necessitaram de contenção mecânica apresentaram uma pontuação maior na escala nas primeiras 24h de internação, bem como quando considerado todo o período de internação. Da



mesma maneira, todos os subitens da escala foram superiores no grupo CON quando comparados ao grupo N-CON.

A Tabela 5 compara as pontuações da Escala BPRS entre os grupos N-CON e CON, na internação e também na alta. A partir da análise transversal se verificou que, no momento da internação, o grupo CON apresentava sintomas mais graves quando considerado o escore geral, bem como nas dimensões Sintomas Positivos, Resistência e Ativação. Por outro lado, o grupo N-CON apresentou maior gravidade na dimensão Afeto. Não houve diferença quanto a dimensão Sintomas Negativos no momento da internação. No momento da alta, houve diferença entre os grupos apenas quanto à dimensão Afeto, cujos sintomas se mostraram mais graves no grupo CON.

A Tabela 6 compara as pontuações da escala BPRS entre a internação e a alta, nos grupos N-CON e CON, separadamente. A partir da análise longitudinal realizada, verificou-se que houve queda na pontuação total da escala no grupo N-CON, bem como em todas as subescalas descritas. Por outro lado, no grupo CON, apenas as dimensões Afeto e Sintomas Negativos não apresentaram diferença entre a internação e a alta. Todas as demais subescalas, bem como o escore total, apresentaram queda em sua pontuação.

**Figura 1** – Composição da Amostra

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da amostra e diferenças entre CON e N-CON

|                            |                             | N-CON |     | CON   |     | Total |     |
|----------------------------|-----------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
|                            |                             | n=100 | %   | n= 37 | %   | n=137 | %   |
| Faixas de idade            | 18-25                       | 15    | 15% | 8     | 22% | 23    | 17% |
|                            | 26-35                       | 37    | 37% | 15    | 41% | 52    | 38% |
|                            | 36-45                       | 15    | 15% | 4     | 11% | 19    | 14% |
|                            | 46-55                       | 22    | 22% | 10    | 27% | 32    | 23% |
|                            | 56-65                       | 11    | 11% | 0     | 0%  | 11    | 8%  |
| Sexo                       | Masculino                   | 52    | 52% | 26    | 70% | 78    | 57% |
|                            | Feminino                    | 48    | 48% | 11    | 30% | 59    | 43% |
| Escolaridade               | Fundamental Incompleto      | 47    | 48% | 22    | 59% | 69    | 51% |
|                            | Fundamental Completo        | 15    | 15% | 5     | 14% | 20    | 15% |
|                            | Médio Completo              | 27    | 28% | 8     | 22% | 35    | 26% |
|                            | Superior Completo           | 9     | 9%  | 2     | 5%  | 11    | 8%  |
| Precedência de Santa Maria | Não                         | 24    | 24% | 11    | 30% | 35    | 26% |
|                            | Sim                         | 76    | 76% | 26    | 70% | 102   | 74% |
| Etnia                      | Branco                      | 66    | 66% | 25    | 68% | 91    | 66% |
|                            | Não-branco                  | 34    | 34% | 12    | 32% | 46    | 34% |
| Possui filhos              | Não                         | 51    | 51% | 18    | 49% | 69    | 50% |
|                            | Sim                         | 49    | 49% | 19    | 51% | 68    | 50% |
| Situação conjugal          | Solteiro, separado ou viúvo | 69    | 69% | 30    | 81% | 99    | 72% |
|                            | Casado ou companheiro fixo  | 31    | 31% | 7     | 19% | 38    | 28% |
| Com quem vive              | Sozinho                     | 14    | 14% | 3     | 8%  | 17    | 13% |
|                            | Com familiares/companheiro  | 85    | 86% | 34    | 92% | 119   | 88% |
| Renda individual           | Não                         | 48    | 48% | 21    | 57% | 69    | 50% |
|                            | Sim                         | 52    | 52% | 16    | 43% | 68    | 50% |
| Ocupação                   | Sem ocupação remunerada     | 48    | 48% | 21    | 57% | 69    | 50% |
|                            | Com ocupação remunerada     | 24    | 24% | 7     | 19% | 31    | 23% |
|                            | Em auxílio-doença           | 11    | 11% | 3     | 8%  | 14    | 10% |
|                            | Aposentado                  | 17    | 17% | 6     | 16% | 23    | 17% |

|                                  |     |    |     |    |     |     |     |
|----------------------------------|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|
| Vínculo com serviço de saúde     | Não | 35 | 36% | 10 | 28% | 45  | 34% |
|                                  | Sim | 63 | 64% | 26 | 72% | 89  | 66% |
| Primeira consulta psiquiátrica   | Não | 80 | 80% | 28 | 76% | 108 | 79% |
|                                  | Sim | 20 | 20% | 9  | 24% | 29  | 21% |
| Primeira internação psiquiátrica | Não | 77 | 77% | 28 | 76% | 105 | 77% |
|                                  | Sim | 23 | 23% | 9  | 24% | 32  | 23% |

CON = Contidos; N-CON = Não Contidos; Análise bivariada de variáveis categóricas (Teste Exato de Fisher); Nenhuma das variáveis apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, considerando-se um  $p$ -valor  $< 0,05$ .

**Tabela 2** – Histórico de agressividade e características da internação nos grupos N-CON e CON

|  |              | N-CON   |     | CON    |     | Total |     | p        | OR ( IC 95%)     |
|--|--------------|---------|-----|--------|-----|-------|-----|----------|------------------|
|  |              | n = 100 | %   | n = 37 | %   | n=137 | %   |          |                  |
| História de agressão<br>contra objetos na<br>semana anterior     | Não          | 67      | 67% | 17     | 46% | 84    | 61% | p < 0,05 | 2,39 (1,11-5,15) |
|  | Sim          | 33      | 33% | 20     | 54% | 53    | 39% |          |                  |
| História de hostilidade<br>na semana anterior                    | Não          | 25      | 25% | 4      | 11% | 29    | 21% |          |                  |
|  | Sim          | 75      | 75% | 33     | 89% | 108   | 79  |          |                  |
| História de agressão<br>física na semana<br>anterior             | Não          | 52      | 52% | 17     | 46% | 69    | 50% |          |                  |
|  | Sim          | 48      | 48% | 20     | 54% | 68    | 50% |          |                  |
| História de<br>autoagressão na<br>semana anterior                | Não          | 77      | 77% | 30     | 81% | 107   | 78% |          |                  |
|  | Sim          | 23      | 23% | 7      | 19% | 30    | 22% |          |                  |
| Tentativa de suicídio<br>nas 24 horas anteriores<br>à internação | Não          | 75      | 75% | 34     | 92% | 109   | 80% | p < 0,05 | 0,26 (0,07-0,93) |
|  | Sim          | 25      | 25% | 3      | 8%  | 28    | 20% |          |                  |
| Admitidos na<br>internação                                       | Não          | 45      | 45% | 12     | 32% | 57    | 42% |          |                  |
|  | Sim          | 55      | 55% | 25     | 68% | 80    | 58% |          |                  |
| Caráter da internação  | Voluntária   | 57      | 57% | 9      | 24% | 66    | 48% | p < 0,05 | 4,12 (1,76-9,64) |
|  | Involuntária | 43      | 43% | 28     | 76% | 71    | 52% |          |                  |
| Internados por risco de<br>suicídio                              | Não          | 65      | 65% | 34     | 92% | 99    | 72% | p < 0,05 | 0,16 (0,05-0,6)  |
|  | Sim          | 35      | 35% | 3      | 8%  | 38    | 28% |          |                  |
| Internados por risco de<br>heteroagressão                        | Não          | 52      | 52% | 10     | 27% | 62    | 45% | p < 0,05 | 2,92 (1,3-6,7-)  |
|  | Sim          | 48      | 48% | 27     | 73% | 75    | 55% |          |                  |
| Internados para<br>esbatimento dos<br>sintomas                   | Não          | 73      | 73% | 24     | 65% | 97    | 71% |          |                  |
|  | Sim          | 27      | 27% | 13     | 35% | 40    | 29% |          |                  |
| Internados por falta de<br>suporte familiar/social               | Não          | 94      | 94% | 35     | 95% | 129   | 94% |          |                  |
|  | Sim          | 6       | 6%  | 2      | 5%  | 8     | 6%  |          |                  |

CON = Contidos; N-CON = Não Contidos; Análise bivariada de variáveis categóricas (Teste Exato de Fisher); Ausência de *p-valor* indica ausência de significância estatística; OR = *Odds Ratio*

**Tabela 3 - Hipóteses diagnósticas na alta de acordo com o CID-10, diferença entre N-CON e CON**

|   |     | N-CON   |     | CON    |      | Total   |     | p        | OR ( IC 95%)        |
|---|-----|---------|-----|--------|------|---------|-----|----------|---------------------|
|   |     | n = 100 | %   | n = 37 | %    | n = 137 | %   |          |                     |
| Tr. Mental por uso de substâncias psicoativas     | Não | 82      | 82% | 28     | 76%  | 110     | 80% |          |                     |
|   | Sim | 18      | 18% | 9      | 24%  | 27      | 20% |          |                     |
| Esquizofrenia e Psicose Não Orgânica              | Não | 81      | 81% | 29     | 78%  | 110     | 80% |          |                     |
|   | Sim | 19      | 19% | 8      | 22%  | 27      | 20% |          |                     |
| Tr. Esquizoafetivo                                | Não | 93      | 93% | 35     | 95%  | 128     | 93% |          |                     |
|   | Sim | 7       | 7%  | 2      | 5%   | 9       | 7%  |          |                     |
| Tr. Afetivo Bipolar (TAB)                         | Não | 54      | 54% | 19     | 51%  | 73      | 53% |          |                     |
|   | Sim | 46      | 46% | 18     | 49%  | 64      | 47% |          |                     |
| TAB – Ep. Misto, Hipomaníaco e Maníaco            | Não | 62      | 62% | 19     | 51%  | 81      | 59% |          |                     |
|   | Sim | 38      | 38% | 18     | 49%  | 56      | 41% |          |                     |
| TAB (Mulheres) – Ep. Misto, Hipomaníaco e Maníaco | Não | 31      | 65% | 3      | 27%  | 34      | 58% |          |                     |
|   | Sim | 17      | 35% | 8      | 73%  | 25      | 42% | p < 0,05 | 4,86 (1,14 - 20,8)  |
| TAB – Ep. Depressivo Leve, Moderado ou Grave      | Não | 93      | 93% | 37     | 100% | 130     | 95% |          |                     |
|   | Sim | 7       | 7%  | 0      | 0%   | 7       | 5%  |          |                     |
| Ep. Depressivo ou Tr. Depressivo Recorrente       | Não | 87      | 87% | 37     | 100% | 124     | 91% |          |                     |
|   | Sim | 13      | 13% | 0      | 0%   | 13      | 9%  | p < 0,05 | 0,7 (0,63 - 0,8)    |
| Tr. Específicos da Personalidade                  | Não | 57      | 57% | 27     | 73%  | 84      | 61% |          |                     |
|   | Sim | 43      | 43% | 10     | 27%  | 53      | 39% |          |                     |
| Tr. Personalidade Dissocial                       | Não | 98      | 98% | 33     | 89%  | 131     | 96% |          |                     |
|   | Sim | 2       | 2%  | 4      | 11%  | 6       | 4%  | p < 0,05 | 5,94 (1,04 - 33,93) |
| Tr. Personalidade Borderline                      | Não | 79      | 79% | 35     | 95%  | 114     | 83% |          |                     |
|   | Sim | 21      | 21% | 2      | 5%   | 23      | 17% | p < 0,05 | 0,21 (0,05 - 0,97)  |
| Tr. Personalidade Não Especificado                | Não | 80      | 80% | 33     | 89%  | 113     | 82% |          |                     |
|   | Sim | 20      | 20% | 4      | 11%  | 24      | 18% |          |                     |
| Retardo Mental Não Especificado                   | Não | 90      | 90% | 32     | 86%  | 122     | 89% |          |                     |
|   | Sim | 10      | 10% | 5      | 14%  | 15      | 11% |          |                     |

CON = Contidos; N-CON = Não Contidos; Análise bivariada de variáveis categóricas (Teste Exato de Fisher); Ausência de *p*-valor indica ausência de significância estatística; OR = *Odds Ratio*

**Tabela 4** - Escala OAS, comparação entre os grupos N-CON e CON

|                                   | N-CON              | CON                | p        |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------|
|                                   | Mediana [Mín; Máx] | Mediana [Mín; Máx] |          |
| OAS Agressividade - Primeiras 24h | 0 [0; 9]           | 3 [0;13]           | p < 0,05 |
| OAS Agressividade                 | 0 [0;15]           | 10 [1;118]         | p < 0,05 |
| Agressão verbal                   | 1 [0;4]            | 1 [0;23]           | p < 0,05 |
| Agressão contra objetos           | 0 [0;1]            | 0 [0;5]            | p < 0,05 |
| Agressão contra si                | 0 [0;1]            | 0 [0;5]            | p < 0,05 |
| Agressão física                   | 0 [0;1]            | 0 [0;12]           | p < 0,05 |

CON = Contidos; N-CON = Não Contidos; Mín = Mínimo; Median. = Mediana; Máx. = Máximo. Análise transversal entre contidos e não contidos (Mann-Whitney)

**Tabela 5** – Comparação da gravidade dos sintomas pela escala BPRS – Análise transversal, N-CON x CON

|                            | N-CON                | CON                  | p             |
|----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|
|                            | Mediana [ Mín; Máx ] | Mediana [ Mín; Máx ] | N-CON x CON * |
| BPRS Total (INT)           | 34 [16;59]           | 44 [12;74]           | p < 0,05      |
| BPRS Total (ALT)           | 16 [2;41]            | 17 [2;51]            |               |
| BPRS Afeto (INT)           | 8 [0;21]             | 3 [0;19]             | p < 0,05      |
| BPRS Afeto (ALT)           | 2 [0;13]             | 5 [0;12]             | p < 0,05      |
| BPRS Sint. positivos (INT) | 10 [0;21]            | 14 [0;24]            | p < 0,05      |
| BPRS Sint. positivos (ALT) | 5 [0;19]             | 2 [0;16]             |               |
| BPRS Sint. negativos (INT) | 4 [0;20]             | 4 [0;22]             |               |
| BPRS Sint. negativos (ALT) | 1 [0;11]             | 2 [0;10]             |               |
| BPRS Resistência (INT)     | 8 [0;17]             | 13 [2;18]            | p < 0,05      |
| BPRS Resistência (ALT)     | 3 [0;14]             | 2 [0;12]             |               |
| BPRS Ativação (INT)        | 5 [0;12]             | 10 [0;18]            | p < 0,05      |
| BPRS Ativação (ALT)        | 2 [0;9]              | 2 [0;12]             |               |

N-CON = Não contidos; CON = Contidos; INT = Internação; ALT = Alta; Ausência de *p-valor* indica ausência de significância estatística; N-CON x

CON\* = Análise transversal entre contidos e não contidos (Mann-Whitney);



**Tabela 6** – Comparação da gravidade dos sintomas pela escala BPRS – Análise longitudinal, INT x ALT

|                            | N-CON                | p          | CON                  | p           |
|----------------------------|----------------------|------------|----------------------|-------------|
|                            | Mediana [ Mín; Máx ] | INT x ALT* | Mediana [ Mín; Máx ] | INT x ALT** |
| BPRS Total (INT)           | 34 [16;59]           | p < 0,05   | 44 [12;74]           | p < 0,05    |
| BPRS Total (ALT)           | 16 [2;41]            |            | 17 [2;51]            |             |
| BPRS Afeto (INT)           | 8 [0;21]             | p < 0,05   | 3 [0;19]             |             |
| BPRS Afeto (ALT)           | 2 [0;13]             |            | 5 [0;12]             |             |
| BPRS Sint. positivos (INT) | 10 [0;21]            | p < 0,05   | 14 [0;24]            | p < 0,05    |
| BPRS Sint. positivos (ALT) | 5 [0;19]             |            | 2 [0;16]             |             |
| BPRS Sint. negativos (INT) | 4 [0;20]             | p < 0,05   | 4 [0;22]             |             |
| BPRS Sint. negativos (ALT) | 1 [0;11]             |            | 2 [0;10]             |             |
| BPRS Resistência (INT)     | 8 [0;17]             | p < 0,05   | 13 [2;18]            | p < 0,05    |
| BPRS Resistência (ALT)     | 3 [0;14]             |            | 2 [0;12]             |             |
| BPRS Ativação (INT)        | 5 [0;12]             | p < 0,05   | 10 [0;18]            | p < 0,05    |
| BPRS Ativação (ALT)        | 2 [0;9]              |            | 2 [0;12]             |             |

N-CON = Não contidos; CON = Contidos; INT = Internação; ALT = Alta; Ausência de *p*-valor indica ausência de significância estatística; INT x ALT\* = Análise longitudinal entre internação e alta no grupo N-CON (Wilcoxon); INT x ALT \*\* = Análise longitudinal entre internação e alta no grupo CON (Wilcoxon).

## 7. DISCUSSÃO

Uma prevalência de 27% do uso de CM foi encontrada entre os participantes da pesquisa, havendo estudos brasileiros com taxas semelhantes (MIGON et al., 2008) e inferiores (BRAGA et al., 2016). Características sociodemográficas como idade, gênero, etnia, escolaridade e renda não apresentaram associação com CM. Esse resultado se diferencia de outros estudos que indicavam uma chance aumentada de CM entre homens jovens. (BRAGA et al., 2016; GEORGIEVA; VESSELINOV; MULDER, 2012; PAWLOWSKI; BARANOWSKI, 2017). Por outro lado, o histórico de heteroagressividade na semana anterior à hospitalização, bem como níveis elevados de agressividade medidos pela escala OAS na avaliação no pronto socorro e durante o período de internação foram associados a uma maior chance de CM. Em primeiro lugar, esses resultados apontam que a CM vem sendo indicada na UAP do HUSM de acordo com protocolos e normativas preconizadas no Brasil (CFM, 2000; BALDAÇARA et al., 2019). Da mesma maneira, reforçam evidências da literatura indicando que há fatores associados a CM passíveis de avaliação já no momento da internação (DAZZI et al., 2017; GEORGIEVA; VESSELINOV; MULDER, 2012; SIMPSON et al., 2014), os quais embasam o uso precoce de técnicas que possam prevenir a necessidade do uso do procedimento. (LEPPING et al., 2009; NICE, 2015)

Estudos demonstram que os diagnósticos mais relacionados ao uso de CM podem variar muito dependendo do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos nos serviços de psiquiatria. (MIGON et al., 2008; HADI et al., 2015). Da mesma maneira, a predominância de certos grupos de sintomas poderia estar associados a uma chance aumentada de CM (DAZZI et al., 2017). Na UAP do HUSM, uma pontuação aumentada nas dimensões Ativação, Resistência e Sintomas Positivos na Escala BPRS aplicada à internação, bem como o diagnóstico de Episódio Maníaco ou Misto em mulheres e de Personalidade Dissocial na alta estiveram associados a uma maior chance de CM. Esses achados indicam um perfil de pacientes que poderiam ser especialmente visados quando consideramos o uso de técnicas de prevenção ao escalonamento da agressividade e à necessidade de uso da CM na UAP do HUSM. (NICE, 2015).

Ao considerar a escala BPRS, vê-se que o grupo CON apresentava maior pontuação na escala geral no momento da internação. Entretanto, ambos os grupos obtiveram redução do escore ao longo do estudo, atingindo pontuações sem diferença estatística no momento da alta. Esse resultado sugere que, apesar do grupo CON apresentar sintomas mais graves no início da internação, o uso de CM não impediu que esses pacientes melhorassem de maneira

significativa, atingindo um nível de gravidade total tão baixo quanto o dos pacientes que não necessitaram de CM. Pelo nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo a analisar a evolução longitudinal da gravidade de sintomas psiquiátricos de modo a comparar pacientes contidos e não contidos durante uma internação psiquiátrica. (SAILAS; FENTON, 2000).

Ao avaliar as dimensões da escala BPRS, vê-se que os pacientes do grupo CON apresentavam-se, no momento da internação, mais grandiosos, psicóticos, desorganizados, hostis e agitados (dimensões Sintomas Positivos, Resistência e Ativação). Ao fim do estudo, tanto paciente contidos como não contidos obtiveram melhora desses sintomas, atingindo níveis de gravidade sem diferença estatística. Por outro lado, à internação, os pacientes do grupo N-CON apresentavam sintomas depressivos e ansiosos mais graves (dimensão Afeto). Ao longo do estudo, esses pacientes obtiveram melhora desses sintomas, atingindo níveis de gravidade menores do que os pacientes que precisaram de CM. Os pacientes contidos não tiveram piora dos sintomas ansiosos e depressivos, mantendo na alta a mesma gravidade presente na internação. A ausência de melhora pode ter ocorrido porque o tratamento dispendido ao grupo CON pode ter se focado nas dimensões de sintomas mais graves (Resistência, Ativação e Sintomas Positivos) em detrimento de sintomas ansiosos e depressivos. Também é possível aventar a hipótese de que o próprio uso da CM pode ter comprometido a melhora desses sintomas. Entretanto, esse resultado contraria a hipótese descrita na literatura de que o uso de CM estaria associado a piora ou mesmo ao surgimento de sintomas ansiosos, depressivos ou relacionados a um possível trauma nesses pacientes (FRUEH et al., 2005; BONNER et al., 2002).

O presente estudo apresenta limitações relevantes. Em primeiro lugar, o registro do uso de CM ocorreu através da aplicação da escala OAS. Isso torna possível que casos de contenção não relacionados a agressividade (como por intensa desorganização do comportamento, por exemplo) não tenham sido adequadamente registrados ao longo do estudo. Entretanto, o impacto dessa limitação pode ter sido atenuado pelo fato da escala OAS medir não somente casos de agressividade direcionada a outros, mas também ao próprio paciente, o que poderia avaliar de maneira mais adequada pacientes com um perfil psicopatológico depressivo ou de instabilidade emocional. Em segundo lugar, a amostra estudada nesse trabalho apresenta características próprias que podem tornar difícil a generalização para outras populações. A UPG é uma unidade psiquiátrica mista que não aceita pacientes exclusivamente para desintoxicação. Isso pode ter influenciado a mensuração do impacto da dependência química e da abstinência na chance de CM. Da mesma maneira, os pacientes participantes tiveram um perfil de baixa

escolaridade, baixa adesão a tratamentos prescritos previamente e de múltiplas internações, além de terem prevalências de patologias diferentes de outras internações psiquiátricas descritas na literatura.

## 8. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo indicaram características associadas a uma maior chance de CM durante uma internação psiquiátrica na UAP do HUSM. Eles confirmaram a hipótese de que pacientes com maiores chances de CM tem um perfil de maior heteroagressividade e de maior gravidade psicopatológica. Esses pacientes se mostraram mais psicóticos, grandiosos, desconfiados, não-cooperativos e agitados durante a internação. Além disso, tiveram um histórico de agressividade prévia e foram internados predominantemente de maneira involuntária. Também, houve mais pacientes com Personalidade Dissocial e mulheres com Transtorno Bipolar em episódio maníaco ou misto entre os contidos. Esses dados colaboram com a construção de um perfil de risco para CM na UPG, o qual pode melhor direcionar o uso de técnicas de manejo precoce da agressividade e de prevenção da necessidade do procedimento.

Por fim, a análise longitudinal da evolução de sintomas confirmou a hipótese de que tanto os pacientes contidos como os não contidos obtiveram melhora ao longo da internação, atingindo os mesmos níveis gerais de gravidade psicopatológica ao fim do estudo. Da mesma maneira, os dados indicaram que não houve alteração nas dimensões Afeto e Sintomas Negativos da escala BPRS no grupo dos pacientes contidos. Esses resultados contrariam a hipótese presente na literatura de que a CM poderia ocasionar o surgimento ou a piora de sintomas ansiosos e depressivos. O presente estudo corrobora o uso da CM quando corretamente indicada e executada como forma de proteção ao paciente e àqueles próximos de si.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDAÇARA, L. et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. **Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)**, Brazil, v. 41, n. 2, p. 153–167, 2019.

BEGHI, M. et al. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. **Rivista di Psichiatria**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 10–22, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1708/1228.13611>>

BONNER, G. et al. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, England, v. 9, n. 4, p. 465–473, 2002.

BRAGA, I. P. et al. Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. **J Bras Psiquiatr.**, [s. l.], 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v65n1/0047-2085-jbpsiq-65-1-0053.pdf>>

BRASIL, M. da S. **Resolução 466**. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 9 jun. 2019.

BRASIL. Insitucional: Nossa História. **Hospital Universitário de Santa Maria**, 2020. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em 10 dez. 2020

BRYANT, R. A. et al. The psychiatric sequelae of traumatic injury. **The American journal of psychiatry**, United States, v. 167, n. 3, p. 312–320, 2010.

CALEGARO, V. C. et al. Aggressive behavior during the first 24 hours of psychiatric admission. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, Brazil, v. 36, n. 3, p. 152–159, 2014.

CALEGARO, V.C . Agressividade em pacientes psiquiátricos internados. 2013. **Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde)** - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

CANOVA MOSELE, P. H. et al. Involuntary psychiatric hospitalization and its relationship to psychopathology and aggression. **Psychiatry research**, Ireland, v. 265, p. 13–18, 2018.

CFM, C. F. de M. **RESOLUÇÃO CFM nº 1598/2000**. 2000. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598\\_2000.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm)>. Acesso em: 3 jun. 2019.

COFEN, C. F. de E. **RESOLUÇÃO COFEN Nº 427/2012**. 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html)>. Acesso em: 3 jun. 2019.

COWIN, L. et al. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. **International journal of mental health nursing**, Australia, v. 12, n. 1, p. 64–73, 2003.

CRIPPA, J. A. et al. A structured interview guide increases Brief Psychiatric Rating Scale reliability in raters with low clinical experience. **Acta psychiatrica Scandinavica**, Denmark, v. 103, n. 6, p. 465–470, 2001.

CURRIER, G. W.; ALLEN, M. H. Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, United States, v. 51, n. 6, p. 717–719, 2000.

D'ORIO, B. M. et al. Reduction of episodes of seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, United States, v. 55, n. 5, p. 581–583, 2004.

DAZZI, F. et al. Psychopathological Assessment of Risk of Restraint in Acute Psychiatric Patients. **The Journal of nervous and mental disease**, United States, v. 205, n. 6, p. 458–465, 2017.

FISHER, W. A. Restraint and seclusion: a review of the literature. **The American journal of psychiatry**, United States, v. 151, n. 11, p. 1584–1591, 1994.

FRUEH, B. C. et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, United States, v. 56, n. 9, p. 1123–1133, 2005.

GARRIGA, M. et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. **The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry**, England, v. 17, n. 2, p. 86–128, 2016.

GEORGIEVA, I.; VESSELINOV, R.; MULDER, C. L. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. **Early intervention in psychiatry**, Australia, v. 6, n. 4, p. 415–422, 2012.

GROSSMAN, P. et al. Cardiac vagal control and dynamic responses to psychological stress among patients with coronary artery disease. **The American journal of cardiology**, United States, v. 78, n. 12, p. 1424–1427, 1996.

HADI, F. et al. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. **Medical journal of the Islamic Republic of Iran**, Iran, v. 29, p. 296, 2015.

HEALTH DIVISION, M.; HEALTH, W. **Guidelines: The management of disturbed / violent behaviour in inpatient psychiatric settings**. 2006. Disponível em: <[http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health\\_Problems/Mental\\_Illness/HP8973\\_The\\_management\\_of\\_disturbed\\_violent\\_behaviour.pdf](http://www.health.wa.gov.au/docreg/Education/Population/Health_Problems/Mental_Illness/HP8973_The_management_of_disturbed_violent_behaviour.pdf)>.

HUF, G. et al. Physical restraints *versus* seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 42, n. 11, p. 2265–2273, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22405443>>

JEGEDE, O. O. et al. Restraints utilization in a psychiatric emergency room. **International Journal of Mental Health**, [s. l.], v. 46, n. 2, p. 125–132, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1295781>>

JOINT COMMISSION. **The Joint Commission. Preventing Restraint Deaths. Sentinel Event Alert**. 1998. Disponível em: <[https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA\\_8.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_8.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2019.

KNOX, D. K.; HOLLOMAN, G. H. J. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. **The western journal of emergency medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 35–40, 2012.

LEPPING, P. et al. Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, England, v. 16, n. 7, p. 629–635, 2009.

LOWN, B.; DESILVA, R. A. Roles of psychologic stress and autonomic nervous system changes in provocation of ventricular premature complexes. **The American journal of cardiology**, United States, v. 41, n. 6, p. 979–985, 1978.

MASTERS, K. J.; CAROLINA, S. Physical Restraint: A Historical Review and Current Practice. **Psychiatric Annals**, [s. l.], v. 47, n. 1, p. 52–55, 2017.

MIGON, M. N. et al. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. **General hospital psychiatry**, United States, v. 30, n. 3, p. 263–268, 2008.

MOHR, W. K.; PETTI, T. A.; MOHR, B. D. Adverse effects associated with physical restraint. **Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie**, United States, v. 48, n. 5, p. 330–337, 2003.

NELSTROP, L. et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. **Worldviews on evidence-based nursing**, United States, v. 3, n. 1, p. 8–18, 2006.

NICE, N. C. C. for M. H. (UK). Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings. NICE Guideline Updated. **Leicester and London, UK: British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists**, London, 2015. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>>

OVERALL, J. E.; HOLLISTER, L. E.; PICHOT, P. Major psychiatric disorders. A four-dimensional model. **Archives of general psychiatry**, United States, v. 16, n. 2, p. 146–151, 1967.

PAWLOWSKI, T.; BARANOWSKI, P. How patients' characteristics influence the use of coercive measures. **Indian journal of psychiatry**, India, v. 59, n. 4, p. 429–434, 2017.

RAKHMATULLINA, M.; TAUB, A.; JACOB, T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: a review of literature. **The Psychiatric quarterly**, United States, v. 84, n. 4, p. 499–512, 2013.

REAY, D. T. et al. Effects of positional restraint on oxygen saturation and heart rate following exercise. **The American journal of forensic medicine and pathology**, United States, v. 9, n.



1, p. 16–18, 1988.

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 de Psiquiatria PP - Rio de Janeiro**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 43–49, 1996.

SAILAS, E.; FENTON, M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. **The Cochrane database of systematic reviews**, England, n. 2, p. CD001163, 2000.

SHAFER, A. Meta-analysis of the brief psychiatric rating scale factor structure. **Psychological assessment**, United States, 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 neuropsychiatry and clinical neurosciences**, United States, v. 3, n. 2, p. S22-9, 1991.

SIMPSON, S. A. et al. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). **General hospital psychiatry**, United States, v. 36, n. 1, p. 113–118, 2014.

WU, W. W. K. Psychosocial Correlates of Patients Being Physically Restrained within the First 7 Days in an Acute Psychiatric Admission Ward: Retrospective Case Record Review. **East Asian archives of psychiatry : official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan**, China, v. 25, n. 2, p. 47–57, 2015.

YUDOFKY, S. C.; MACKINNON, R. A. **A avaliação psiquiátrica na prática clínica**. Porto Alegre, RS: ARTMED EDITORA LTDA, 1988.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados**

Pesquisador responsável: Md. Vitor Crestani Calegari

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 decidir 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

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009  
Email: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br). Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

**ANEXO B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Agressividade em Pacientes Psiquiátricos Internados

Pesquisador responsável: Md. Vitor Crestani Calegari

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 ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de ..... de 2012

---

Vitor Crestani Calegari

CRM 31676

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

|           |       |       |            |
|-----------|-------|-------|------------|
| Iniciais: | SAME: | Data: | Protocolo: |
|-----------|-------|-------|------------|

|   |
|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Identificação:</b></p> <p>Idade: ____ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: ( ) branco ( ) pardo ( ) negro<br/>         Escolaridade (anos de estudo): ____ Procedência: ( ) Santa Maria ( ) Região<br/>         Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ou com companheiro fixo ( ) Divorciado ( ) Viúvo<br/>         Reside: ( ) Sozinho ( ) Com familiares ( ) Com companheiro ( ) Não tem residência<br/>         Filhos: ( ) Sim ( ) Não Depende de cuidados de terceiros: ( ) sim ( ) não</p> |
| <p style="text-align: center;"><b>Renda:</b></p> <p>( ) trabalhador assalariado ( ) biscateiro ( ) aposentado por tempo de serviço<br/>         ( ) aposentado por doença ( ) em auxílio-doença ( ) mantido pela família ( ) sem renda<br/>         Renda média mensal (em salários mínimos - SM):<br/>         ( ) &lt; 1 ( ) Entre 1 e 2 ( ) Entre 2 e 4 ( ) Mais de 4</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>História de agressão</b></p> <p>História de agressão: ( ) No mês precedente à internação ( ) Passada ( ) Não<br/>         Envolvimento com a justiça (por agressividade): ( ) Sim ( ) Não<br/>         Motivo: _____</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Uso de substâncias:</b></p> <p>Tabagismo: ( ) No último ano ( ) Progresso ( ) Não<br/>         Abuso de álcool: ( ) No último ano ( ) Progresso ( ) Não<br/>         Abuso de maconha: ( ) No último ano ( ) Progresso ( ) Não<br/>         Abuso de cocaína e derivados: ( ) No último ano ( ) Progresso ( ) Não<br/>         Abuso de outras drogas: ( ) No último ano ( ) Progresso ( ) Não</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Tratamentos prévios</b></p> <p>Tratamento prévio: ( ) Sim ( ) Não Número de internações psiquiátricas: ____<br/>         Idade do início da doença: ____ Aderência ao tratamento: ( ) Boa ( ) Baixa ( ) Não<br/>         Usava psicofármacos previamente à internação? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais?<br/>         ( ) Antipsicóticos ( ) Benzodiazepínicos ( ) Antidepressivos ( ) Estabilizadores de humor</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Motivo da internação:</b></p> <p>( ) Risco de suicídio ( ) Risco de heteroagressão ( ) Esbatimento dos sintomas<br/>         ( ) Falta de suporte familiar para tratamento domiciliar ( ) Outro</p> <p>Caráter da internação: ( ) Compulsória ( ) Voluntária<br/>         Data da internação: _____ Data da alta: _____ Duração (dias): ____</p> <p>Diagnósticos clínicos (CID-10): Eixo I: Primário: ____ Secundário: ____ Eixo II: ____</p>   |
| <p>Preenchido por: _____</p>  |

## ANEXO D – GUIA DE ENTREVISTA ESTRUTURADA PARA ESCALA BREVE DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS (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  | <p><b>RELATO DO PACIENTE</b></p> <p><b>Preocupação Somática:</b> 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> |
|  | <p><b>Pergunta-Guia</b></p> <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  | Não relatado  |
| 1  | <b>Muito leve:</b> Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.   |
| 2  | <b>Leve:</b> Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou freqüentemente fica levemente apreensivo.   |
| 3  | <b>Moderado:</b> Ocasionalmente muito preocupado ou moderadamente preocupado com freqüência.  |
| 4  | <b>Moderadamente Grave:</b> Freqüentemente muito preocupado.  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 5                        | <b>Grave:</b> Fica muito preocupado a maior parte do tempo.   |
| 6                        | <b>Muito Grave:</b> Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.  |
| 2 RELATO DO PACIENTE     | <b>ANSIEDADE:</b> 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.  |
| Pergunta-Guia            | 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?).   |
| 0                        | Não relatado  |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente ansioso.   |
| 2                        | <b>Leve:</b> Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.  |
| 3                        | <b>Moderado:</b> Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.  |
| 4                        | <b>Moderadamente Grave:</b> Frequentemente se sente muito ansioso   |
| 5                        | <b>Grave:</b> Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.  |
| 3 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>RETRAIAMENTO AFETIVO:</b> Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta 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                        | Não observado   |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Ex: ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.   |
| 2                        | <b>Leve:</b> Ex.: como acima, porém mais freqüente.   |
| 3                        | <b>Moderado:</b> Ex: demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| 4                        | <b>Moderadamente Grave:</b> Ex: olha fixamente no chão e afasta-se do entrevistador mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.  |
| 5                        | <b>Grave:</b> E: como acima, porém mais persistente e disseminado.  |
| 6                        | <b>Muito Grave:</b> Ex: parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não-envolvido u não-comprometido com situação da entrevista (Não pontuar se explicado pela desorientação)   |
| 4 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL:</b> 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                        | Não observado.  |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Ex: levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.  |
| 2                        | <b>Leve:</b> Ex: freqüentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.   |
| 3                        | <b>Moderado:</b> Ex: ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infreqüente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas.  |
| 4                        | <b>Moderadamente Grave:</b> Como acima, porém mais freqüente.   |
| 5                        | <b>Grave:</b> Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.   |
| 6                        | <b>Muito Grave:</b> Muito pouca informação coerente pode ser obtida.  |
| 5 RELATO DO PACIENTE     | <b>SENTIMENTOS DE CULPA:</b> Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. <b>Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal.</b> 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                        | Não relatado   |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente culpado.  |
| 2                        | <b>Leve</b> Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou freqüentemente se sente levemente culpado.   |
| 3                        | <b>Moderado:</b> Ocasionalmente se sente muito culpado; ou freqüentemente se sente moderadamente culpado   |
| 4                        | <b>Moderadamente Grave:</b> freqüentemente se sente muito culpado.   |
| 5                        | <b>Grave:</b> Sente-se muito culpado a maior parte o tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.  |
| 6                        | <b>Muito Grave:</b> Sentimento de culpa angustiante e constante; ou delírios de culpa disseminados.  |
| 6 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista.</b> Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (p.ex.: discinesia tardia).   |
| 0                        | Não observado.   |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Ex: ocasionalmente agitado  |
| 2                        | <b>Leve:</b> Ex: freqüentemente agitado.   |
| 3                        | <b>Moderado:</b> Ex: agita-se constantemente ou freqüentemente. Torce as mãos e puxa a roupa.  |
| 4                        | <b>Moderadamente Grave:</b> Ex: agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa.   |
| 5                        | <b>Grave:</b> Ex: não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.   |
| 6                        | <b>Muito Grave:</b> anda de maneira frenética  |
| 7 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>MANEIRISMOS E POSTURA:</b> comportamento motor incomum ou não natural. <b>Pontuar apenas anormalidade de movimento;</b> não pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar freqüência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida. |
| 0                        | Não observado  |
| 1                        | <b>Muito leve:</b> Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa, por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infreqüentes.   |
| 2                        |  |

|  |   |
|--|---|
| <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p>          | <p><b>Leve:</b> Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimentando os dedos de maneira anormal intermitentemente.</p> <p><b>Moderado:</b> Ex: adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p><b>Moderadamente Grave:</b> Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado.</p> <p><b>Grave:</b> Como acima, porém mais freqüente, intenso ou disseminado.</p> <p><b>Muito Grave:</b> Ex: postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>   |
| <p>8 RELATO DO PACIENTE</p>                  | <p><b>IDÉIAS DE GRANDEZA:</b> 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.</p> |
| <p>Pergunta-Guia</p>                         | <p>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?</p>   |
| <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> | <p>Não relatado</p> <p><b>Muito leve:</b> Ex: é mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p><b>Leve:</b> Auto-estima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p><b>Moderado:</b> Auto-estima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p>   |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| 5                     | <b>Moderadamente Grave:</b> Ex.: um único (e claramente definido) delírio de grandeza encapsulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).   |
| 6                     | <b>Grave:</b> Ex: um único e claro delírio/sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.<br><b>Muito Grave:</b> Ex: como acima, mas a quase-totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente  |
| 9 RELATO DO PACIENTE  | <b>HUMOR DEPRESSIVO:</b> 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. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b> |
| 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                     | <b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente deprimido.   |
| 2                     | <b>Leve</b> Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido, ou freqüentemente se sente levemente deprimido.  |
| 3                     | <b>Moderado.</b> Ocasionalmente se sente muito deprimido, ou freqüentemente se sente moderadamente deprimido.   |
| 4                     | <b>Moderadamente Grave</b> Freqüentemente se sente muito deprimido  |
| 5                     | <b>Grave</b> Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.   |
| 6                     | <b>Muito Grave</b> Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.   |
| 10 RELATO DO PACIENTE | <b>HOSTILIDADE:</b> Animosidade, desprezo, agressividade, desdenho por outras pessoas fora da situação da entrevista. <b>Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros.</b> 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                     | <b>Muito leve:</b> Ocasionalmente sente um pouco de raiva.   |
| 2                     | <b>Leve:</b> Frequentemente sente um pouco de raiva, ou ocasionalmente sente raiva moderada.   |
| 3                     | <b>Moderado:</b> Ocasionalmente sente muita raiva; ou frequentemente sente raiva moderada.   |
| 4                     | <b>Moderadamente Grave:</b> Frequentemente sente muita raiva.  |
| 5                     | <b>Grave:</b> Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.   |
| 6                     | <b>Muito Grave:</b> Atuou sua raiva em várias ocasiões.  |
| 11 RELATO DO PACIENTE | <b>DESCONFIANÇA:</b> 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. <b>Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</b> |
| 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                     | <b>Muito leve:</b> Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.   |
| 2                     | <b>Leve:</b> Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.  |
| 3                     | <b>Moderado:</b> Desconfiança mais frequente; ou várias de referência passageiras.   |
| 4                     | <b>Moderadamente Grave:</b> Desconfiança disseminada; ou idéias de referência frequentes.  |
| 5                     | <b>Grave:</b> claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (p. ex. um delírio encapsulado).  |
| 6                     | <b>Muito Grave:</b> como acima, porém mais abrangente, frequente, ou intenso.  |
| 12 RELATO DO PACIENTE | <b>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES):</b> Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | estímulo externo identificável. <b>Pontuar apenas as experiências que ocorrem na última semana:</b> 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                         | <b>Muito leve</b> Apenas se suspeita de alucinação  |
| 2                         | <b>Leve:</b> alucinações definidas, porém insignificantes, infreqüentes, ou transitórias.   |
| 3                         | <b>Moderado</b> Como acima, porém mais freqüentes (p. ex.: freqüentemente vê a cara do diabo; duas vozes travam uma longa conversa)   |
| 4                         | <b>Moderadamente Grave:</b> As alucinações são experienciadas quase todo o dia, ou são fontes de incômodo extremo.  |
| 5                         | <b>Grave:</b> Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (p.ex: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).   |
| 6                         | <b>Muito Grave:</b> como acima, com grave impacto (p. Ex.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).  |
| 13 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>RETARDAMENTO MOTOR:</b> Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. <b>Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente.</b> Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.   |
| 0                         | Não observado   |
| 1                         | <b>Muito leve:</b> Significação clínica duvidosa.   |
| 2                         |   |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 3<br>4<br>5<br>6                | <p><b>Leve:</b> Ex conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p><b>Moderado.:</b> Ex: conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p><b>Moderadamente Grave:</b> Ex: conversa é arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p><b>Grave:</b> Ex: é difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p><b>Muito Grave:</b> Ex: conversa é quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p>                   |
| 14 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE       | <p><b>FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA:</b> 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.’</p>   |
| 0<br>1<br>2<br>3<br>4<br>5<br>6 | <p>Não observado</p> <p><b>Muito leve:</b> Ex: não parece motivado.</p> <p><b>Leve:</b> Ex&gt;: parece evasivo em certos assuntos.</p> <p><b>Moderado:</b> Ex: monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p><b>Moderadamente Grave:</b> Ex: expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p><b>Grave:</b> Ex: recusa-se a responder à algumas questões.</p> <p><b>Muito Grave</b> Ex: recusa-se a responder à maior parte das questões</p> |
| 15 RELATO DO PACIENTE           | <p><b>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO-DELÍRIOS:</b>Gravidade de qualquer tipo de delírio – considerar convicção e seu efeito em ações.Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b></p>  |
| Pergunta-Guia                   | <p>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?</p>  |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 0                         | Não relatado  |
| 1                         | <b>Muito leve:</b> suspeita-se ou há probabilidade de delírio.  |
| 2                         | <b>Leve:</b> às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).  |
| 3                         | <b>Moderado:</b> Plena convicção delirante porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.  |
| 4                         | <b>Moderadamente Grave:</b> Plena convicção delirante porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.   |
| 5                         | <b>Grave:</b> Delírios têm efeito significativo; por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus.   |
| 6                         | <b>Muito Grave:</b> Delírios têm impacto marcante, por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.   |
| 16 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>AFETO EMBOTADO:</b> 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. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b> |
| 0                         | Não observado   |
| 1                         | <b>Muito leve</b> Ex: ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.   |
| 2                         | <b>Leve:</b> Ex: expressão facial levemente diminuída <b>ou</b> voz levemente monótona <b>ou</b> gestualidade levemente limitada.   |
| 3                         | <b>Moderado:</b> Ex: como acima, porém mais intenso, prolongado ou freqüente.   |
| 4                         | <b>Moderadamente Grave:</b> Ex: achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características: falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada   |
| 5                         |   |
| 6                         | <b>Grave:</b> Ex: profundo achatamento de afeto.<br><b>Muito Grave:</b> Ex: voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.  |
| 17 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>EXCITAÇÃO:</b> Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | de delírios de grandeza. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>  |
| 0                         | Não observado   |
| 1                         | <b>Muito leve:</b> Significação clínica duvidosa.   |
| 2                         | <b>Leve:</b> Ex: às vezes irritadiço ou expansivo.  |
| 3                         | <b>Moderado:</b> Frequentemente irritadiço ou expansivo.  |
| 4                         | <b>Moderadamente Grave</b> Ex: constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.   |
| 5                         | <b>Grave:</b> Ex: enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.   |
| 6                         | <b>Muito Grave</b> Ex: como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.  |
| 18 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE | <b>DESORIENTAÇÃO:</b> confusão ou falta de orientação adequada em relação às pessoas, lugares e tempo. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>  |
| Pergunta-Guia             | Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?)<br>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? <b>(Caso necessário, faça exame específico).</b><br><b>Re-entrevista:</b> Você pode me dizer que dia é hoje? (semana- mês- ano)?<br>Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar? |
| 0                         | Não observado   |
| 1                         | <b>Muito leve:</b> Ex: parece um pouco confuso.   |
| 2                         | <b>Leve:</b> Ex: indica 2003 quando é na verdade 2004.  |
| 3                         | <b>Moderado:</b> Ex: indica 1992.   |
| 4                         | <b>Moderadamente Grave:</b> Ex: não sabe ao certo onde está.  |
| 5                         | <b>Grave:</b> Ex: não faz idéia onde está.  |
| 6                         | <b>Muito Grave:</b> Ex: não sabe quem é.  |



## ANEXO E – ESCALA BREVE DE SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS (BPRS)

|           |       |       |            |
|-----------|-------|-------|------------|
| Iniciais: | SAME: | Data: | Protocolo: |
|-----------|-------|-------|------------|

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

|                                | <b>BPRS<sub>0</sub></b> | <b>BPRS<sub>2</sub></b> | <b>BPRS<sub>a</sub></b> |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>Data</b>                    |                         |                         |                         |
| 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        |  |  |  |
| <b>Escore total BPRS</b> |  |  |  |

Examinador: \_\_\_\_\_

## ANEXO F – ESCALA DE AGRESSIVIDADE DECLARADA (OAS)

| <b>AGRESSÃO VERBAL</b>  |  |
|---|--|
| Faz barulho, grita furiosamente   |  |
| Grita insultos leves  |  |
| Amaldiçoa, faz ameaças moderadas aos outros ou a si   |  |
| Faz ameaças claras de violência contra os outros ou contra si ou pede ajuda para controlar-se |  |

| <b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA OBJETOS</b>                            |  |
|--|--|
| Bate portas, rasga roupas, faz desordem                          |  |
| Derruba objetos, chuta a mobília sem quebrá-la, risca as paredes |  |
| Quebra objetos, vidraça  |  |
| Provoca incêndio, atira objetos perigosamente                    |  |

| <b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA SI</b>  |  |
|---|--|
| Belisca ou arranha a pele, fere-se, puxa os cabelos, com ou sem ferimentos leves  |  |
| Bate com a cabeça, dá socos em objetos (fere-se sem gravidade)  |  |
| Pequenos cortes ou contusões, queimaduras leves   |  |
| Mutila-se, faz cortes profundos, bate-se até sangrar, ferimentos internos, fratura, perda de consciência, perda de dentes |  |

| <b>AGRESSÃO FÍSICA CONTRA PESSOAS</b>   |  |
|---|--|
| Faz gestos ameaçadores, atira-se contra as pessoas, agarra-se às roupas   |  |
| Golpeia, belisca, empurra, puxa os cabelos dos outros (sem feri-los)  |  |
| Ataca pessoas provocando ferimentos moderados (contusões, torções, vergões)                                     |  |
| Ataca pessoas provocando ferimentos físicos graves (ossos quebrados, lacerações profundas, ferimentos internos) |  |

| <b>INTERVENÇÃO</b>  |  |
|---|--|
| Nenhuma   |  |
| Conversa com o paciente   |  |
| Observação mais de cima   |  |
| Controle do paciente  |  |
| Medicação imediata via oral                                       |  |
| Medicação imediata via injeção                                    |  |
| Isolamento (com intervalos)                                       |  |
| Isolamento total  |  |
| Uso de contenção  |  |
| O ferimento requer tratamento médico imediato do paciente         |  |
| O ferimento requer tratamento médico imediato para a outra pessoa |  |

Data que o evento ocorreu: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Se agressão contra pessoas, especificar o alvo da agressão: ( ) Paciente ( ) Equipe

Avaliado por: \_\_\_\_\_