

Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco

Physical restraint in a Brazilian psychiatric hospital: cross-sectional study of practice and risk factors

Isabela Pinto Braga^{1,2}, Jaqueline Conceição de Souza^{1,2}, Milena Bellei Leite^{1,2}, Valéria Fonseca³, Eliane Mussel da Silva³, Fernando Madalena Volpe^{1,3}

RESUMO

Objetivos: Descrever a utilização da contenção física em um hospital psiquiátrico público e analisar os fatores de risco associados com seu uso, no contexto da implantação de um protocolo clínico. **Métodos:** Em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte-MG, os formulários de registro e monitoramento de contenção física (2011-2012) foram analisados e comparados com os registros das demais internações englobadas no mesmo período. Neste estudo transversal, além das análises descritivas das características clínicas e demográficas dos pacientes contidos, das técnicas utilizadas e das complicações reportadas, os fatores de risco associados com o uso da contenção foram analisados por meio de regressão logística múltipla. **Resultados:** A contenção foi utilizada em 13,4% das internações, sendo mais comum em pacientes jovens, do sexo masculino, portadores de psicoses não orgânicas, apresentando agitação/agressividade. A técnica foi geralmente de quatro pontos, durando entre 61-240 minutos. Os únicos fatores de risco significativos para o uso da contenção incluíram a idade (OR = 0,98; p = 0,008) e o tempo de permanência (OR = 1,01; p < 0,001). **Conclusões:** A contenção física foi utilizada usualmente na abordagem aguda do paciente agitado/agressivo inabordável verbalmente, no contexto de um transtorno psicótico. O registro dos dados vitais e dos efeitos adversos foram os itens menos aderentes aos protocolos vigentes.

Palavras-chave

Contenção física, agitação psicomotora, hospital psiquiátrico, fatores de risco.

ABSTRACT

Objectives: To describe the use of physical restraint in a public psychiatric hospital and analyze the risk factors associated with its use in the context of the implementation of a clinical protocol. **Methods:** In a public psychiatric hospital of Belo Horizonte-MG, registration forms for monitoring physical restraint (2011-2012) were analyzed and compared with the records of other admissions in the same period. In this cross-sectional study, the clinical and demographic characteristics of the restrained patients, the techniques used and the reported complications were described. Also, risk factors associated with the use of physical restraints were analyzed using multiple logistic regression. **Results:** Physical restraint was used in 13.4% of admissions, was more common in young male patients, with a non-organic psychoses diagnosis, presenting agitation/aggressive behavior. Usually, a four-points restraint

Recebido em
23/8/2015
Aprovado em
9/12/2015

1 Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Gerência de Ensino e Pesquisa.
2 Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), Programa de Iniciação Científica.
3 Hospital Galba Velloso, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Fernando Madalena Volpe
Av. Prof. Alfredo Balena, 189 /1702, Centro
30130-100 – Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: fernando.volpe@fhemig.mg.gov.br

Keywords

Physical restraint, psychomotor agitation, psychiatric hospital, risk factors.

technique was performed, lasting between 61-240 minutes. The only significant risk factors for the use of restraints included age (OR = 0.98, $p = 0.008$) and length of stay (OR = 1.01, $p < 0.001$). **Conclusions:** Physical restraint was used in the approach of the acutely agitated, aggressive, and non-responsive to verbal de-escalation patient, in the context of a psychotic disorder. The registration of vital signs and adverse effects were the items less frequently compliant to current protocols.

INTRODUÇÃO

Nas emergências e unidades de internação psiquiátricas, a contenção física é prática utilizada na maioria dos países, com incidências reportadas entre 0,3% a 59,0%¹⁻¹⁷. As condições psiquiátricas que usualmente requerem indicação de contenção física são agitação psicomotora, confusão mental e agressividade ou violência em relação a si próprio, a objetos e/ou a outros e que não responderam às intervenções menos invasivas¹⁴, e a prevenção de quedas¹⁸. Apesar de as indicações serem consensuais entre os especialistas, as evidências empíricas de que a contenção física seja uma intervenção segura e eficaz são insuficientes¹⁹.

A abordagem por meio da contenção deve garantir a segurança, bem como manter a dignidade individual do paciente, uma vez que o uso dessa técnica pode gerar efeitos físicos e psicológicos nocivos^{11,20,21}. Pacientes contidos podem apresentar lesões físicas decorrentes do processo de contenção, mas também apresentam risco aumentado de desfechos clínicos desfavoráveis ligados ao procedimento, tais como desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, trombose, acidentes circulatórios, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, rabdomiólise, agressão por outros pacientes e até mesmo a morte²¹. Já os efeitos psicológicos deletérios estão associados ao trauma de sofrer a contenção física^{21,22}. Reações emocionais traumáticas, como medo, raiva e ansiedade, além de pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, comportamento de esquiva, respostas de sobressalto e desconfiança, foram observados anos depois em pessoas submetidas a esse procedimento^{21,23}.

Existe, portanto, uma preocupação em restringir o uso de contenção física aos casos estritamente necessários, especialmente quando as tentativas de abordagens verbal, psicoterápica e farmacológica de redução da agitação e da agressividade tiverem falhado^{13,24,25}. É recomendado que a contenção seja respaldada pela avaliação rigorosa e global do paciente, baseada no julgamento clínico, e jamais ocorra como punição ou intimidação do portador de doença mental.

A abordagem terapêutica de pessoas tão enfermas a ponto de serem incapazes de controlar sua impulsividade e violência não deve ser negligenciada, e a segurança e eficácia dessa intervenção devem ser objeto do mesmo escrutínio científico normalmente destinado aos outros tratamentos. Isso envolve a descrição da incidência de seu

uso e dos fatores associados, da técnica utilizada e dos riscos e benefícios de seu uso. Embora já exista um razoável corpo de publicações internacionais sobre as práticas da contenção física^{1-10,12,14-16,18-24,26-29}, no Brasil, de nosso conhecimento, existem poucas análises descritivas^{11,17,30,31}.

O objetivo deste estudo foi avaliar o uso da contenção física no contexto de um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, descrevendo a frequência e as técnicas de sua utilização, as características dos pacientes submetidos e os fatores de risco associados.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, quantitativo, de corte transversal.

O estudo foi conduzido no Hospital Galba Velloso (HGV), um hospital psiquiátrico público pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, integralmente direcionado ao Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma unidade com 138 leitos, que conta com um serviço de emergência psiquiátrica com oito leitos de observação, unidades de internação de curta permanência com 50 leitos (13 leitos femininos e 37 masculinos) e alas de média permanência (50 leitos masculinos e 30 femininos).

O hospital presta assistência a pacientes oriundos não apenas da cidade de Belo Horizonte-MG, mas também a pacientes de todo o estado. Sua clientela é composta primordialmente de pacientes agudos ou agudizados, sendo os diagnósticos mais prevalentes os transtornos associados a abuso/dependências de substâncias e os transtornos psicóticos afetivos e não afetivos³².

Em uma iniciativa para padronizar e monitorar adequadamente os procedimentos de contenção física, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) desenvolveu um "Protocolo Clínico de Contenção Física dos Pacientes em Agitação Psicomotora". Esse Protocolo Clínico inclui o uso de uma ficha de registro e de monitoramento detalhada, que permite uma avaliação e abordagem científica do tema. O Protocolo foi implantado no Hospital Galba Velloso em setembro de 2011 e foi sistematicamente utilizado no período do estudo, com o devido acompanhamento da Gerência Assistencial da unidade.

Foram analisados todos os Formulários de Registro e Monitoramento de Contenção Física, preenchidos de setembro de 2011 a agosto de 2012, totalizando 12 meses de observações. Desses instrumentos, foram coletadas as seguintes variáveis, com suas respectivas classificações/descrições: idade (em anos) do paciente no momento da contenção; sexo; grupo diagnóstico à internação [codificado por meio da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10)]; alternativas registradas de abordagem antes da contenção (abordagem verbal; uso de medicamentos; paciente inabordável; já chegou contido; associação de abordagens); motivo da contenção (risco de queda; agitação psicomotora; insucesso da medicação; agressividade; outros); técnica utilizada na contenção (número de pontos de contenção); categoria profissional que realizou o registro (médico/enfermeiro); adequação do registro dos dados vitais de acordo com o Protocolo [conforme – ao menos três registros completos (no momento da contenção, 30 minutos após e ao liberar o paciente); parcialmente conforme – ao menos um registro; não conforme – quando não há informação sobre os dados vitais]; duração da contenção (em minutos) e eventos adversos (desidratação; depressão respiratória; sintomas extrapiramidais; convulsões; alterações da consciência; outros eventos). Não foi feita distinção entre os setores do hospital onde a contenção foi executada.

O tempo de permanência hospitalar (em dias) foi extraído dos registros hospitalares de internação, incluindo apenas aqueles com datas de admissão e de alta pertinentes ao período do estudo, e foi calculado por meio da subtração da data de saída e da data de entrada. Para as internações em que não houve contenção (N = 1.870), os dados de idade, sexo e diagnóstico foram obtidos desse mesmo registro de internações.

Análises estatísticas

Análises descritivas

Foram calculadas as medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis quantitativas. Para as variáveis categóricas, foram calculadas as proporções por classe. A incidência do uso da contenção física foi calculada em relação ao total de internações realizadas no Hospital Galba Velloso no mesmo período.

Análises comparativas

Para determinar os fatores de risco associados com a contenção física durante a internação, apenas as admissões ocorridas após o início do período observacional foram consideradas. Foram elaborados modelos de regressão logística múltipla, em que a variável resposta foi a ocorrência de contenção, e as variáveis preditoras sexo, idade, grupo diagnóstico pela CID-10 e tempo de permanência. Todas as variáveis preditoras foram incluídas no modelo final por serem de interesse clínico.

Para investigar os fatores associados com a duração da contenção (classificada como de 0 a 60', de 60 a 240', e acima de 240'), foram efetuadas regressões logísticas ordinais, tendo como variáveis preditoras o sexo, a idade e o grupo diagnóstico.

O presente estudo recebeu a aprovação institucional e ética por meio do Parecer CEP/FHEMIG nº 567.346.

RESULTADOS

No período compreendido entre setembro de 2011 e agosto de 2012 foram coletados dados de 740 contenções em 431 pacientes. A contenção física foi registrada em 13,4% das 2.158 internações no período. Os formulários, em sua maioria, foram preenchidos pela equipe de enfermagem (95%) e por médicos (5%).

A maior parte das contenções foi realizada em pacientes do sexo masculino (57,2% dos procedimentos) e em pertencentes à faixa etária entre 18 e 29 anos (43%). A maioria das contenções (55,9%) se deu em portadores de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29). Quanto ao motivo registrado para executar a contenção, agitação psicomotora e agressividade foram os mais frequentes (75,5%). Quando a contenção foi utilizada, uma única contenção por internação foi o achado mais frequente (70,1%), seguida de duas a quatro contenções por internação (25,3%).

A técnica 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. Com relação aos eventos adversos, 56,2% dos pacientes não apresentaram nenhum tipo de evento, e para 42,6% não houve informações registradas. Apenas 0,4% teve desidratação registrada como evento adverso.

A conduta alternativa prévia à contenção com abordagens menos invasivas fracassadas foi, na maioria dos registros, intervenção verbal/medicação (69,1%). Ainda foram relatados pacientes inabordáveis (13,0%) ou que já chegaram contidos (1,0%). O restante dos protocolos não apresentou essa informação (16,9%).

A Tabela 1 apresenta a quantificação das variáveis socio-demográficas e clínicas nessa amostra de registros de contenção analisados.

O risco de determinado paciente internado ser contido se associou significativamente apenas à idade (maior risco para os mais jovens) e ao tempo de permanência (maior risco para permanências mais prolongadas). Sexo e grupo de categoria diagnóstica não apresentaram associação significativa com o risco de ser contido (resultados detalhados na Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva de 740 contenções físicas realizadas no Hospital Galba Velloso, Belo Horizonte-MG, de setembro de 2011 a agosto de 2012

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	423	57,2
Feminino	317	42,8
Faixa etária (anos)		
18-29	318	43,0
30-39	195	26,3
40-49	147	19,9
50-59	52	7,0
60-69	25	3,4
70-79	3	0,4
Diagnóstico		
F00-F10	20	2,7
F10-F19	152	20,6
F20-F29	414	55,9
F30-F39	91	12,3
F40-F49	12	1,6
F50-F79	35	4,7
Outros	16	2,2
Motivo		
Risco de queda	56	7,5
Agitação psicomotora e/ou agressividade	559	75,5
Insucesso na medicação	8	1,1
Agitação psicomotora, agressividade, insucesso na medicação	40	5,4
Todos	5	0,7
Outros	72	9,8
Alternativas antes da contenção		
Intervenção verbal e/ou medicamento	511	69,1
Inabordável ou já contido	104	14
Não informa	125	16,9
Técnica		
2 pontos	13	1,7
3 pontos	2	0,3
4 pontos	354	47,8
5 pontos	235	31,8
Não informa	136	18,4
Duração da contenção		
0' a 60'	97	13,1
61' a 240'	228	30,8
Acima de 240'	202	27,3
Não informa	213	28,8
Eventos adversos		
Sem eventos	416	56,2
Desidratação	3	0,4
Outros	6	0,8
Não informa	315	42,6

Tabela 2. Variáveis associadas ao risco de contenção física em pacientes internados no Hospital Galba Velloso, Belo Horizonte-MG, de agosto de 2011 a setembro de 2012

	Contidos (n = 288)	Não contidos (n = 1.870)	OR [IC]	P
Sexo masculino	203 (70,5%)	1.315 (70,3%)	1,01 [0,76; 1,35]	0,931
Idade (média ± DP)	35,6 ± 11,4	37,6 ± 11,8	0,98 [0,97; 1,00]	0,008
CID-10				
F00-09	8 (2,8%)	56 (3,0%)	1,00	
F10-19	68 (23,6%)	607 (32,5%)	0,70 [0,32; 1,54]	0,376
F20-29	140 (48,6%)	768 (41,1%)	0,95 [0,43; 2,06]	0,891
F30-39	53 (18,4%)	285 (15,2%)	1,10 [0,49; 2,48]	0,820
F40-49	5 (1,7%)	49 (2,6%)	0,62 [0,19; 2,05]	0,430
Outros	14 (4,9%)	105 (5,6%)	0,74 [0,29; 1,92]	0,540
Tempo de permanência em dias (média ± DP)	23,8 ± 25,27	13,5 ± 27,1	1,01 [1,01; 1,02]	< 0,001

Regressão logística: Log-Likelihood = -827,413; graus de liberdade = 8; P < 0,001. OR: odds ratio. IC: intervalo de confiança.

A duração da contenção foi registrada em 527 ocorrências (71,2%) e se associou negativamente apenas à idade do paciente [OR = 0,80 (0,69; 0,93); p = 0,004], sem influência de sexo [OR = 0,77 (0,55; 1,06); p = 0,111] ou de grupos diagnósticos (p = 0,267 a 0,895).

DISCUSSÃO

A contenção física teve incidência de 13,4% nessa amostra. Em serviços psiquiátricos de outras partes do globo, essa ocorrência apresenta bastante variabilidade, de 0,3% a 59,0%¹⁻¹⁷. No Brasil, dois estudos semelhantes apresentaram valores superiores aos do presente estudo: 24,0% a 26,0%^{11,30}. Essa disparidade pode decorrer de preferências da equipe, de tradições locais ou mesmo pela utilização de outras intervenções físicas como o isolamento, técnica não utilizada no local do estudo. No HGV, a maioria dos pacientes foi contida uma única vez em cada internação, resultado que coincide com outros estudos que abordaram especificamente esse aspecto^{11,27}.

O perfil do paciente contido foi o de um adulto jovem, do sexo masculino, portador de um quadro psicótico não orgânico, apresentando agitação e/ou agressividade. Esse perfil coincide com o reportado em outros locais^{7,11,27}, embora alguns isoladamente tenham relatado maior frequência em mulheres^{17,27} ou sem distinção entre sexos¹⁴ e em admissões por abuso de substâncias¹⁴. Porém, a análise puramente descritiva não se presta à determinação de fatores de risco, pois não leva em conta a distribuição das mesmas variáveis no grupo de pacientes que não foi contido.

Ao efetuarmos as análises comparativas, o sexo dos indivíduos não foi um fator de risco estatisticamente significativo para a contenção, fato que também foi observado por outros autores^{7,12,14,30}, com uma única exceção em que o sexo masculino elevou o risco²⁷. A idade, por sua vez, foi um fator de risco significativo no HGV, e os pacientes mais jovens apresentaram maior chance de serem contidos, o que corrobora os achados de estudos semelhantes^{14,27,30}. Tal associação pode ser justificada pelo fato de pacientes jovens possuírem maior risco de agressividade e violência³³. Um único estudo, realizado no Japão, encontrou média de idade maior em pacientes contidos do que naqueles não contidos¹². A discrepância poderia estar ligada ao fato de ser baseado em uma unidade psiquiátrica em hospital geral, contendo uma amostra de idade mais avançada que a do presente estudo.

No HGV, a categoria diagnóstica não foi um fator de risco para o uso da contenção física. A literatura apresenta resultados inconsistentes quanto às categorias em maior risco, alguns reportando a categoria das psicoses não orgânicas^{12,14}, mania⁷, uso/abuso de substâncias^{12,30} e os transtornos mentais orgânicos¹². Diferenças nas dinâmicas de seleção de casos para internação entre os países e serviços poderiam explicar as discrepâncias encontradas nos resultados quanto à influência do diagnóstico. Considerando que, em Belo Horizonte, a rede de atenção extra-hospitalar à saúde mental é relativamente bem estruturada e a disponibilidade de leitos é muito restrita, é razoável supor que os casos que acabaram internados no HGV tenham apresentado alta gravidade de sintomas, independentemente do diagnóstico. Embora essa gravidade não tenha sido medida no presente estudo, é sabidamente um fator de risco para o uso da contenção³⁰.

A associação entre o tempo de internação hospitalar e o maior risco de contenção física também apresenta discrepâncias na literatura. Um estudo realizado em três serviços de emergência psiquiátrica da Noruega também encontrou maior frequência de contenções em pacientes que tiveram maiores tempos de permanência hospitalar²⁷. No relato japonês¹², o tempo de permanência não apresentou efeito significativo, muito embora se tenha trabalhado com tempos de permanência médios mais de três vezes superiores aos praticados no HGV. É possível que pacientes com quadros mais graves apresentem maiores tempos de internação e, por essas duas razões, esses tenham maior chance de serem contidos.

Quando pacientes ficam agitados ou agressivos, há a necessidade urgente de um tratamento que estabilize o seu estado mental e reduza o risco de lesão a si próprios ou a alguém da equipe hospitalar²⁹. Além do Protocolo Clínico da FHEMIG²⁵, o manual da *American Psychiatric Association*²⁴, baseado em um consenso de especialistas, sugere inicialmente tentar acalmar o paciente verbalmente e revisar o diagnóstico. Quando a tentativa de acalmar verbalmente uma pessoa agressiva falha, os protocolos preconizam o uso de medicação via oral ou intramuscular (usualmente benzodiazepini-

cos e/ou antipsicóticos) antes de prescrever a contenção ou isolamento²⁴. Nesse sentido, as práticas observadas no HGV estão de acordo com os protocolos de abordagem de agitação e violência nos serviços psiquiátricos.

Expressiva variação em relação à duração de contenção foi observada durante a revisão da literatura. No HGV, o achado mais frequente foi de contenções de 1 a 4 horas. De acordo com o estudo de Martin *et al.*, que comparou diversos aspectos relacionados ao uso de contenção física e isolamento entre hospitais alemães e suíços, a média de duração da contenção nos hospitais alemães foi de 9,6 horas e nos hospitais suíços foi de 48,7 horas¹⁰. Já um estudo realizado na Finlândia encontrou uma média de 19 horas⁹, enquanto outro trabalho realizado no mesmo país obteve duração média de 5 a 7 horas¹⁴. Contenções mais prolongadas foram reportadas em uma pesquisa realizada no Japão, em que 16% dos pacientes ficaram restritos por 24 horas, 60% durante uma semana e menos de 10% por mais de um mês¹². A variação no uso da contenção pode estar relacionada às tradições médicas locais em que os serviços psiquiátricos estão inseridos, fazendo com que a sua utilização possa estar mais relacionada à equipe de saúde do que às características do paciente. Isso poderia explicar a discrepância entre os achados anteriormente descritos.

Em relação à técnica, a que utiliza quatro pontos de restrição foi registrada em quase metade (47,8%) dos formulários, o que demonstra concordância com as práticas descritas em várias partes do mundo¹⁶. Outras técnicas, como a de dois pontos de restrição (braço-braço ou braço-perna), podem facilitar a queda dos pacientes da maca e aumentar o risco de acidentes³. Outro ponto que deve ser destacado é que a posição supina é preferida, já que facilita os tratamentos médicos, entretanto deve-se ficar atento à possibilidade de aspiração. Para prevenir tal complicação, é recomendada a elevação da cabeceira da maca^{3,25}.

A segurança relacionada ao uso de contenção física no cenário da psiquiatria é ainda um tópico em aberto, uma vez que existem, em nível mundial, escassas publicações que avaliam a qualidade e as consequências do procedimento em pacientes psiquiátricos¹⁹.

Uma das principais limitações do estudo foi o não preenchimento adequado de todas as informações do protocolo. Dentre as informações faltantes, é possível destacar que 16,9% das fichas não informavam as alternativas antes da contenção, 18,4% não apresentavam a descrição da técnica utilizada, 28,8% não possuíam o fechamento do horário e 42,6% não registravam os eventos adversos. Além disso, vale ressaltar que durante esse período podem ter ocorrido subnotificações das contenções realizadas, embora as perdas do estudo não possam ser quantificáveis, dado seu desenho retrospectivo. Outra limitação importante relativa ao desenho retrospectivo é a potencial introdução de vieses de observação inerentes a esse tipo de estudo, cuja magnitude e direção não são passíveis de estimação. Por outro lado, durante

a implantação do protocolo, algumas medidas foram adotadas, a fim de evitar a subnotificação: treinamento de todos os profissionais em relação ao preenchimento das fichas de contenção e esclarecimento sobre a sua importância, busca ativa das fichas dos pacientes que estavam contidos nesse período, notificação por escrito dos funcionários pelo coordenador de enfermagem e gerência assistencial quando detectada contenção sem o preenchimento do protocolo. Por se tratar de estudo em um único hospital psiquiátrico, as inferências para outros serviços devem ser feitas com cautela.

CONCLUSÕES

A contenção física foi utilizada em 13,4% das internações no Hospital Galba Velloso. Foi mais frequentemente realizada em pacientes jovens, do sexo masculino, com quadros psicóticos não orgânicos, apresentando quadros de agitação/agressividade. Pacientes mais jovens e com maiores tempos de internação apresentaram maior risco de serem contidos.

As condutas adotadas pelos profissionais responsáveis pela contenção estão de acordo com o recomendado nos protocolos, incluindo indicações bem estabelecidas, uso prévio de alternativas menos invasivas e escolha pela técnica de quatro e cinco pontos de contenção.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Isabela Pinto Braga – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

Jaqueline Conceição de Souza – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

Milena Bellei Leite – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

Valéria Fonseca – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

Eliane Mussel da Silva – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

Fernando Madalena Volpe – Participou significativamente na concepção e no desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e na revisão do seu conteúdo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry*. 1991;148(11):1562-5.
2. Bell CC, Palmer J. Survey of the demographic characteristics of patients requiring restraints in a psychiatric emergency service. *J Natl Med Assoc*. 1983;75:981-7.
3. Lavoie FW. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med*. 1992;21(1):25-32.
4. Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry*. 2004;185:63-9.
5. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(1):42-9.
6. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:11.
7. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36:113-8.
8. Craw J, Compton MT. Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(12):981-8.
9. Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry*. 2003;26(2):139-49.
10. Martin V, Bernhardsgrütter R, Goebel R, Steinert T. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3:1.
11. Araújo EM, Martins ES, Adams CE, Coutinho ESF, Huf G. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(2):94-8.
12. Odawara T, Narita H, Yamada Y, Fujita J, Yamada T, Hirayasu Y. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59(5):605-9.
13. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(Supl 2):96-103.
14. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(11):1087-93.
15. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. 2013;48(1):10-22.
16. Stewart D, Van der Merwe M, Bowers L, Simpson A, Jones J. Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16:749-57.
17. Huf G, Coutinho ES, Adams CE; TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. 2012;42(11):2265-73.
18. Mion LC, Minnick A, Palmer R. Physical restraint use in the hospital setting: unresolved issues and directions for research. *Milbank Q*. 1996;74(3):411-33.
19. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001163.
20. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2003;10:1.
21. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-7.
22. Knox DK, Holloman GH Jr. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35-40.
23. Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P. The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care Women Int*. 1999;20(4):401-16.

24. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005;11 Suppl 1:5-108.
25. FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Contenção física de pacientes. In: *Diretrizes Clínicas – Protocolos Clínicos.* Belo Horizonte: FHEMIG; 2012. p. 189-202.
26. Wand TC, Coulson K. Zero tolerance: a policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Aust Emerg Nurs J.* 2006;9:163-70.
27. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint – a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res.* 2014;215(1):127-33.
28. Minas H, Diatri H. Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2(1):8.
29. Breier A, Meehan K, Birkett M, David S, Ferchland I, Sutton V, et al. A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(5):441-8.
30. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(3):263-8.
31. Dias MK, Lopes ACO, Silva HR, Dalgalarrrondo P, Botega NJ. Contenção física: o papel de variáveis éticas, clínicas e sociodemográficas. *J Bras Psiquiatr.* 2001;50(9/10):305-11.
32. Volpe FM, Silva EM, Carmo LS, Santos TN. Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59:203-9.
33. Hastings JE, Hamberger LK. Sociodemographic predictors of violence. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(2):323-35.