



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas da Saúde - CCBS
Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar
Vianna - FPHCGV
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde
Mental

Lisandra Rodrigues de Medeiros

**INTERVENÇÕES QUE PREVINEM EPISÓDIOS DE
CONTENÇÃO MECÂNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Belém
2023

Lisandra Rodrigues de Medeiros

**INTERVENÇÕES QUE PREVINEM EPISÓDIOS DE CONTENÇÃO
MECÂNICA: REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Atenção à Saúde Mental, na Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, Universidade do Estado do Pará, como requisito obrigatório para obtenção do título de especialista em Atenção à Saúde Mental.

Orientadora: Prof.^a Mestre Maria Selma Carvalho Frota Duarte.

Co-orientadora: Enf.^a Esp. Priscila Fonseca Souza.

Belém
2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	3
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	5
1.2 JUSTIFICATIVA	6
1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL.....	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. PERCURSO METODOLÓGICO	10
4.1 TIPO DE PESQUISA	10
4.2 PERGUNTA NORTEADORA	10
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	11
4.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA	11
4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	12
4.6 ANÁLISE DOS ESTUDOS	12
4. RESULTADOS.....	14
5. DISCUSSÃO	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO I.....	33
APÊNDICE A	35
APÊNDICE B.....	36
APÊNDICE C	37

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 2006). No tocante aos aspectos mentais, destaca-se que a saúde mental é relacionada à autonomia e a gestão da própria vida, sempre tangenciando aspectos emocionais, caracterizando-se como estado de equilíbrio entre a condição externa e interna de cada indivíduo (BRASIL, 2001). Destaca-se que a saúde mental é sobretudo influenciada pelos determinantes sociais da saúde, sendo estes, fatores econômicos, étnico-raciais, sociais, culturais, psicológicos e comportamentais (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Enfatiza-se que os transtornos mentais se caracterizam como um sério problema de saúde pública, atingindo consideravelmente a população em idade economicamente ativa, uma vez que acarreta morbidades e em consequência a incapacitação, e posteriori morte, ocorrendo esta prematuramente (FERREIRA, 2015; VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). Dados estatísticos revelam que 30% da população mundial, apresenta critérios específicos de diagnóstico para algum transtorno mental (STEEL et al., 2014).

Demarca-se ainda que a concentração dos indivíduos com transtorno mental está nos países de baixa e média renda, onde encontram-se 80% destes indivíduos. A taxa de mortalidade por transtornos mentais e uso de substâncias é baixa, não chegando à 5%, porém os transtornos mentais ocupam cinco das dez principais causas de incapacitação (ROSER; RITCHIE, 2019), sendo responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral (FERREIRA, 2015). Pontua-se ainda que os transtornos mentais são a causa de 32,4% dos anos vividos com incapacitação (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016).

Imersos no século neuronal, previsões sinalizam um futuro com aumento exponencial dos transtornos mentais (CARTERI, R. B. et al., 2020). Porém, mesmo com a elevada taxa de adoecimento mental e contribuição destes para a carga global das doenças, tem-se ainda a negligência em relação à saúde mental, perpassando pelo atendimento ao usuário e pelo investimento em serviços de atendimento (ROTOLI; SILVA, 2020).

Faz apenas 20 anos que foi estabelecida no Brasil uma mudança dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas que padecem com transtornos mentais, com redirecionamento no modelo de assistência à saúde dessas pessoas através da promulgação da Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), portanto, ao olhar através de uma ótica temporal do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, esse é um avanço relativamente recente dentro dos aspectos em cuidados de saúde mental.

Diante dessa nova realidade torna-se possível notar dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, em romper com as práticas manicomial até então instaladas nos cuidados às pessoas com transtorno mentais, fazendo com que seja mantida a cultura manicomial através, por exemplo, da supressão de sintomas de usuários e da não continuidade do cuidado na assistência em saúde (MACEDO et al, 2017, p.156). De acordo com a Lei Nº 10.216/2001 a internação hospitalar se torna indicada somente quando recursos extra-hospitalares não conseguem mais arcar com a necessidade de tratamento em saúde mental. Essa internação deve ser caracterizada pela integralidade do cuidado, ofertando todos os serviços indispensáveis à recuperação dos usuários (SILVA et al, 2014).

Aponta-se que durante o período de internação hospitalar, o paciente com transtorno mental em detrimento de agentes estressores e de agudização de seu quadro clínico, pode vir a ter uma agitação psicomotora. Essa ocorrência é sobremodo recorrente em serviços de saúde mental tanto a nível ambulatorial, quanto hospitalar, sendo normalmente pior no segundo cenário (BEGHI et al., 2013).

Demarca-se que a agitação psicomotora com ou sem agressividade é uma das principais emergências psiquiátricas em todo o mundo (BEGHI et al., 2013; BALDAÇARA et al., 2018). No cenário nacional, a ocorrência das agitações psicomotoras representa aproximadamente 24% das emergências psiquiátricas (PADILHA et al., 2013). Contudo, apesar de sua recorrência na assistência em saúde mental, e dos vários protocolos a nível mundial para assistência ao paciente nessa situação, não existem diretrizes atualizadas baseadas em evidências que se apliquem à realidade brasileira (BALDAÇARA et al., 2018).

Nesta perspectiva, o tratamento usual ainda é o isolamento e/ou a contenção física/mecânica, práticas que possuem uma história longa e controversa entre

profissionais da saúde e usuários. Demarca-se que a nível mundial, as taxas, duração e métodos de isolamento e contenção variam consideravelmente (BEGHI et al., 2013).

No ambiente hospitalar, a incidência de contenção física/mecânica variou de 6% a 17%. De acordo com o agrupamento de 45 estudos, tem-se uma média de cinco episódios de contenção por mês em enfermarias com média de 20 leitos, sendo o tempo de duração dessa intervenção de 10 minutos, normalmente o perfil dos pacientes é sexo masculino, adultos jovens, e internados involuntariamente (BEGHI et al., 2013; BALDAÇARA et al., 2018).

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

Willrich (2016) afirma que o modelo centrado na clínica médica ainda é considerado por alguns serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS para compreender a noção de crise psíquica, levando a uma visão reduzida somente à necessidade de supressão dos sintomas psiquiátricos. Entretanto, expressa que a compreensão de crise psíquica deve ser feita num sentido contrário ao modelo clínico médico, definindo-a como um momento marcado por intenso sofrimento que leva à uma desestruturação nos aspectos familiares, sociais e psíquicos de um sujeito (WILLRICH, 2016).

Diante do momento de crise psíquica se fazem necessárias intervenções nos serviços de saúde que garantam um acolhimento adequado e construção de vínculos entre os profissionais de saúde e os sujeitos em sofrimento psíquico (CARDANO, 2020). Entretanto, os próprios profissionais de saúde estão pouco preparados para receber e acolher a pessoa em sofrimento psíquico (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Nesta perspectiva, Andrade et al. (2018), em sua pesquisa, afirma a necessidade da abordagem multiprofissional para realizar um cuidado integral ao paciente psiquiátrico internado em regime hospitalar. Contudo, Cimador (2017) reprovava a contenção física/mecânica. Sinalizando que essa prática é compreendida como uma privação do usuário à possibilidade de movimentar-se livremente, de maneira autônoma e espontaneamente.

Por sua vez, Amaral et al. (2020) compreende-a como uma prática terapêutica passível de ser usada de forma específica e adequadamente para que surte o efeito desejado, devendo ela ser feita de maneira eficaz, promovendo segurança para o paciente

e evitando danos. Ademais, por ser uma técnica que envolve fortemente a equipe de enfermagem, Potter e Perry (2002) consideram como uma prática para o cuidado do paciente em crise psíquica, sendo uma estratégia para melhor controle dos usuários com risco de heteroagressão ou autoagressão, risco de quedas, baixa adesão ao tratamento proposto e para casos de agitação psicomotora.

1.2. JUSTIFICATIVA

O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna é uma Fundação Pública Estadual direcionada à assistência em saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS brasileiro. O início das obras do hospital se deu em 1985, culminando com sua inauguração em fevereiro de 1987, recebendo o nome de um grande cientista paraense: Gaspar Vianna, descobridor da cura da Leishmaniose. Inicialmente o hospital tinha como única especialidade a Psiquiatria. Somente em abril de 2001 a instituição transformou-se em Fundação Pública Estadual, deixando de ser voltado apenas para clínicas básicas e psiquiatria, sendo incluídas, progressivamente, as especialidades de Cardiologia e Nefrologia.

A Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FPEHCGV é, atualmente, referência estadual em assistência hospitalar de média e alta complexidade nas áreas de Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia, assim como também é referência na área emergencial, sendo porta de entrada e tendo Serviço de Emergência vinte e quatro horas por dia para o atendimento de urgência e emergência de pacientes das áreas de Psiquiatria e Cardiologia. Além disso, a FPEHCGV oferta atendimento ambulatorial nas mesmas áreas de sua especialidade: Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia.

Em meados de 2013, a FPEHCGV foi certificada pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC como Hospital de Ensino. A partir desse momento, aos poucos o hospital foi fortalecendo-se nessa área, sendo referência para estágios dos cursos da área da saúde e, também, foram firmando-se os Programas de Residência Multiprofissional e Médica da instituição.

Um estudo realizado recentemente por Amaral et al (2020) na FPHCGV demonstrou que os profissionais atuantes na Emergência Psiquiátrica, sabem identificar a necessidade de contenção mecânica e antes de realiza-la buscam outros meios para

acalmar os pacientes agitados, como por exemplo o diálogo, porém, nem todos os profissionais reconhecem a definição da resolução 427/2012 do COFEN (2012) que prevê que a contenção mecânica deve ser realizada sob supervisão direta do enfermeiro assim como também não deve ser realizada com propósito de disciplina, correção e/ou coerção.

O estudo ainda explorou a realidade que alguns profissionais veem a contenção mecânica como uma responsabilidade de todos da equipe multiprofissional, porém dificilmente outros profissionais além do da equipe de enfermagem estão envolvidos no procedimento (AMARAL et al, 2020).

Diante de tais fatos, o presente estudo se faz necessário para investigar como intervenções substitutivas a contenção, podem ser implementadas em pacientes com transtornos mentais internados em crise psíquica, sinalizando os profissionais atuantes e demarcando lacunas de conhecimento na prática profissional na clínica psiquiátrica.

1.3. SITUAÇÃO PROBLEMA

Durante o período de minha residência, em que atuei no Setor de Internação Breve – SIB da Clínica Psiquiátrica da FPEHCGV notei a necessidade da realização de contenção mecânica para diversos fins. Fui aprendendo e estudando mais sobre as particularidades da clínica psiquiátrica, inclusive sobre a importância da atuação e avaliação multiprofissional para tomadas de decisões, assim como para promover a melhora do quadro do paciente em surto psíquico.

A observação direta e acompanhamento diário dos pacientes internados na clínica psiquiátrica é uma das atribuições da equipe de enfermagem. Assim como nos outros serviços de saúde, na saúde mental também é a enfermagem que se encontra conectada ao paciente vinte e quatro horas por dia. Notei que dentro dos cuidados prestados, a enfermagem se utiliza da contenção mecânica quando julgada para fins benéficos ao paciente, como por exemplo quando a pessoa está apresentando um risco para si próprio e/ou para os outros.

De maneira clássica, os motivos mais frequentes para o uso de medidas coercitivas (isolamento ou contenção) são os episódios de agressividade ou o medo do episódio de agressividade. Porém, estudos produzidos na Itália, demonstraram que é factível um tratamento psiquiátrico que não leve em conta o isolamento ou a contenção dos pacientes.

Demarca-se que um consenso de especialistas (PATERSON; DUXBURY, 2007) e algumas revisões sistemáticas da literatura (MURALIDHARAN; FENTON, 2006; BEGHI et al., 2013; BALDAÇARA et al., 2018) corroboram o supra referido e argumentaram que não se tem nenhuma evidência científica sobre a maior (ou menor) eficácia da contenção em comparação com outros métodos de tratamento da agressividade porque atualmente os estudos comparativos disponíveis são caracterizados por numerosos defeitos metodológicos (ensaios não randomizados, pequenas amostras de pacientes). Sinaliza-se ainda, que a contenção e a reclusão têm efeitos físicos e psicológicos deletérios tanto para os pacientes quanto para a equipe (BEGHI et al., 2013; FERNÁNDEZ-COSTA et al., 2020).

Assim, surgiu o questionamento norteador para o desenvolvimento dessa pesquisa: existem intervenções que previnem episódios de contenção física? Considerei ser interessante sistematizar a literatura sobre o este assunto e confeccionar um plano de treinamento para profissionais da equipe multiprofissional atuantes na Clínica Psiquiátrica, com vista a superar as possíveis fragilidades existente na prática clínica em que estive inserida, promovendo a redução de futuros danos aos pacientes e garantindo benefícios que podem ser proporcionados por melhores práticas junto à equipe multiprofissional da referida clínica.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as evidências disponíveis na literatura científica acerca de intervenções que previnem episódios de contenção mecânica.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as principais intervenções que previnem episódios de contenção mecânica de acordo com a literatura;

Desenvolver, a partir dos resultados obtidos neste estudo, uma proposta de intervenção futura, através de um plano educativo para contribuir com a educação permanente da equipe multiprofissional atuante na Clínica Psiquiátrica da FPEHCGV.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo bibliográfico do tipo Revisão Sistemática para análise das diversas intervenções que previnem episódios de contenção mecânica. Para o desenvolvimento do estudo, adotou-se as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA Checklist)* para melhor apresentação dos resultados (PAGE et al, 2021).

O protocolo será registrado e publicado na base *International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO)*, sob número CRD 391906 (em andamento - Anexo I). Sinaliza-se que o PROSPERO caracteriza-se em um banco de dados internacional de revisões sistemáticas, no qual o registro é indispensável, a fim de evitar duplicações e reduzir os vieses de redação (PROSPERO, 2023).

4.2 PERGUNTA NORTEADORA

Este estudo foi conduzido considerando a estratégia PICO (acrônimo para Paciente, Intervenção, Controle, “*Outcomes*” (desfecho/resultado), resumido no Quadro 1, com a finalidade de nortear a elaboração da pergunta norteadora e os critérios de elegibilidade. Desse modo o estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: quais as intervenções que previnem episódios de contenção mecânica?

Quadro 1 - Questões da pesquisa de acordo com a estratégia PICO, 2022.

População	Pacientes com transtornos mentais agitados em ambiente hospitalar
Intervenção	Estratégias para evitar agitação, comportamento agressivo e/ou uso de contenção mecânica
Controle	Tratamento habitual e/ou medidas restritivas

Desfecho	Prevenir ou reduzir a crescente de comportamentos agressivos ou o uso de contenção mecânica na saúde mental
----------	---

Fonte: Autoria própria.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Esta revisão incluirá estudos estudo com delineamento tipo Ensaio Clínico e Ensaio Clínico Randomizado, publicados entre 2012 e 2022 em português, inglês ou espanhol, realizados com adultos (acima de 18 anos), que analisassem as intervenções que previnem episódios de contenção mecânica.

Serão excluídos os artigos construídos com base em outras metodologias, que incluíam outras faixas etárias, que versavam sobre adultos que passaram pela contenção mecânica em outros contextos clínicos, que relacionam registros não empíricos, estudos de caso, pareceres e editoriais, resumos de eventos científicos, estudos de intervenção e estudos envolvendo animais.

4.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA

A busca de estudos englobou o levantamento automático (online) e manual por dois pesquisadores de forma independente. Para a busca online, utilizou-se as seguintes bases de dados: Medline via *National Library of Medicine* (PubMed), Scopus (Elsevier), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Mental Disorders”, “Psychiatry”, “Psychiatric”, “Coercion”, “Restraint”, “Mechanical Restraint”, “Psychomotor Agitation”, “Aggressive Behavior” e “Aggression”. Para o cruzamento dos DeCS utilizou-se os operadores booleanos “AND” e “OR”. O modelo de estratégia de busca aplicado na PubMed ficou: ("Coercion"[All Fields] OR "Restraint"[All Fields] OR "Mechanical Restraint"[All Fields]) AND ("Psychomotor Agitation"[All Fields] OR "Aggressive Behavior"[All Fields] OR "Aggression"[All Fields]) AND (("Mental Disorders"[All Fields] OR "Psychiatry"[All Fields] OR "Psychiatric"[All Fields]) AND ("Coercion"[All Fields] OR "Restraint"[All Fields] OR "Mechanical Restraint"[All Fields])).

Esta etapa foi realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2022, sendo o resultado da pesquisa em todas as bases de dados importado para um software on-line gratuito gerenciador de artigos em estudos de revisão sistemática *Rayyan*® (OUZZANI et al., 2016).

4.5 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Por meio do software *Rayyan*®, realizou-se a remoção das duplicatas, dentre os quais, permanecerá apenas um nas bases de dados que possuíam maior quantitativo científico. Após, foi realizada a leitura do título e do resumo para identificação e remoção dos estudos claramente irrelevantes ao objetivo desta revisão. Posteriormente, todos os estudos que passaram por esse primeiro filtro foram lidos na íntegra para aplicação dos critérios de elegibilidade.

Todo o processo de seleção será efetuado em duplicata por avaliadores independentes. Ao final da seleção, os resultados de cada investigador serão comparados e os conflitos resolvidos por consenso entre os membros do projeto. Utilizará um terceiro pesquisador com experiência no método e na temática em estudo, para resolver os conflitos não acertados entre os avaliadores. O índice de concordância entre os avaliadores, foi de 99,38% na primeira etapa do estudo (seleção dos artigos para leitura na íntegra), e de 100% na segunda etapa do estudo (seleção dos artigos incluídos no estudo) (COHEN, 1968).

Para apresentar o resultado da busca e seleção de estudos foi elaborado um fluxograma baseado na proposta da diretriz PRISMA (PAGE et al. 2021), com o intuito de resumir e esquematizar todas as etapas do processo de triagem de estudos que irão compor a revisão (Figura 1).

4.6 ANÁLISE DOS ESTUDOS

Todas as literaturas encontradas foram inseridas no software *Rayyan*® serão avaliadas de maneira independente por dois revisores. Realizou-se a leitura do título, resumo e texto completo dos artigos incluídos.

Por meio do instrumento STRICTA (*Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture*) (MACPHERSON et al., 2010), houve a análise dos artigos incluídos, bem como seguido os métodos recomendados pela *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (HIGGINS et al., 2019).

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois revisores, de maneira independente, utilizando-se a ferramenta *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool (Rob2)*. A ferramenta *Rob2* utilizada neste estudo não se baseia em checklist ou escala, uma vez que não é possível definir uma pontuação final e sim, somente, fazer um julgamento por meio de sete domínios interligados a forma metodológica que foi realizado o estudo, a fim de encontrar os possíveis erros sistemáticos. Dessa forma cada artigo pode apresentar uma das seguintes características para tal avaliação: baixo, incerto ou alto risco de viés (STERNE et al., 2019).

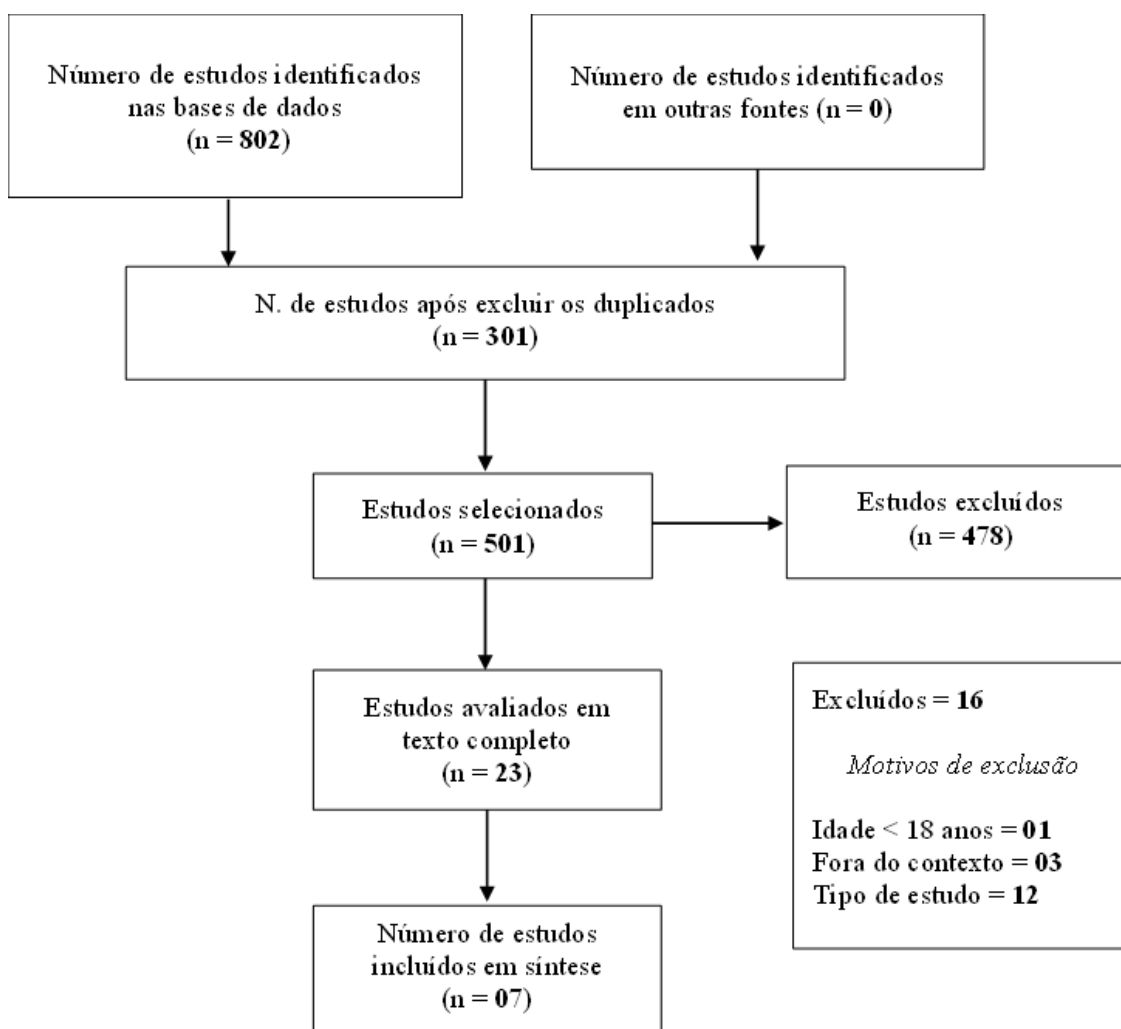
Para avaliar as certezas das evidências foi utilizado a escala de Jadad, que avalia se a fonte é segura através da análise dos processos de randomização, cegamento e descrição das perdas no seguimento. Pós apreciação, o resultado baseia-se em um escore de 0 a 5, sendo que a pontuação abaixo de 3 condiz que o estudo não é adequado para uso na prática clínica, ou seja, possui baixa qualidade metodológica (JADAD et al, 1996).

4. RESULTADOS

Na busca inicial, um total de 802 artigos foram encontrados. Entre esses, 301 (37,53%) duplicatas foram excluídas. Permaneceram 501 (62,47%) literaturas, que após a leitura de títulos e resumos, 476 foram excluídos. Houve conflito em 5 (0,62%) artigos, sendo que um deles permaneceu para posicionamento de um terceiro revisor.

Foram incluídos 23 (2,86%) literaturas para leitura na íntegra e 7 (0,87%) artigos selecionados para análise qualitativa. Cabe ressaltar que não foi encontrado nenhum estudo do tipo metanálise na busca realizada e que atendia aos critérios de inclusão do estudo. A Figura 1 mostra o processo de seleção dos artigos incluídos nesta revisão.

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos da revisão sistemática.



Nota: Adaptado de PRISMA (2021).

Fonte: Dados do presente estudo, 2023.

Fizeram parte da amostra final do estudo sete artigos, sendo três publicados no ano de 2022 (CELOFIGA et al., 2022; HVIDHJELM et al., 2022; VÄLIMÄKI et al., 2022); um em 2019 (DUXBURY et al., 2019); um em 2015 (BOWERS et al., 2015); em 2014 (KONTIO et al., 2014) e um 2013 (GEORGIEVA; MULDER; NOORTHOORN, 2013).

Quanto à origem dos estudos, dois (28,57%) foram realizados na Inglaterra, dois (28,57%) na Finlândia e um (14,28%) em cada um dos seguintes países: Eslovênia, Dinamarca e Holanda, sendo todos os artigos publicados na língua inglesa. O tempo de experiência mínima do intervencionista foi variante entre os estudos, sendo a menor duração, três meses (BOWERS et al., 2015) e maior de cinco anos (HVIDHJELM et al., 2022).

Quanto às populações estudadas nos artigos avaliados, na maioria dos estudos (n 4 = 57,14%), a população foi constituída por pacientes internados em hospitais, principalmente do sexo masculino (GEORGIEVA; MULDER; NOORTHOORN, 2013; BOWERS et al., 2015; CELOFIGA et al., 2022; HVIDHJELM et al., 2022). Seguido por estudos envolvendo a equipe de enfermagem atuante em ambiente hospitalar de cuidado à saúde mental (n 3 = 42,86%) (KONTIO et al., 2014; DUXBURY et al., 2019; VÄLIMÄKI et al., 2022). Todas as publicações incluídas neste estudo mostraram que existem intervenções possíveis de serem realizadas como preventivas à contenção.

As intervenções em quase todos os estudos (n 6 = 85,71%), pautaram-se em ações educativas na intenção de alterar práticas. Celofiga et al. (2022), construíram um estudo com base no treinamento de desescalamento, que teve duração total de 16 horas. O treinamento foi realizado em duas partes. Tendo a primeira parte, foco na revisão dos fundamentos teóricos relativos ao comportamento agressivo com ênfase nos fatores de risco para agressividade modificáveis (situacional, interativo) e técnicas de desescalamento. E a segunda parte, consistiu em um workshop com apresentação de diferentes técnicas de desescalamento, material em vídeo e dramatização, para uma aprendizagem significativa.

Por sua vez, Hvidhjelm et al., (2022), avaliaram a implementação da Avaliação de Risco e Tratabilidade de Curto Prazo (START), um instrumento de julgamento profissional estruturado de 20 itens projetado para avaliações clínicas

recorrentes em contextos de internação. Sendo considerada boa a excelente dentro de um período curto a moderado. A ferramenta fornece a oportunidades aprimoradas para prever e prevenir violência grave e automutilação.

No estudo também foi usada a Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). Instrumento que relata comportamentos agressivos prejudiciais ou ameaçadores em relação a um objeto e/ou seres humanos, e deve ser preenchido toda vez que um membro da equipe testemunha comportamento agressivo ou violento de um paciente. Por fim, os autores também relataram a aplicação do O Brøset Violence Checklist (BVC), que é usado para avaliar a presença (escore de 1) ou ausência (escore de 0) de seis sintomas: confusão, irritabilidade, impetuosidade, ameaças físicas, ameaças verbais e ataques a objetos (HVIDHJELM et al., 2022).

Já Välimäki et al. (2022) apontaram o uso do Violence Intervention (VIOLIN) para melhorar a cultura de tratamento e reduzir a necessidade do uso de métodos coercitivos no atendimento psiquiátrico. O Violence Intervention é uma intervenção educacional multicomponente, com 18 meses de duração, que visa reduzir práticas coercitivas em enfermarias psiquiátricas. As enfermarias de prática habitual continuaram com suas atividades normais.

Em outro estudo, Bowers et al. (2015) sinalizaram que foram implementadas nas enfermarias um pacote de dez intervenções 'Safewards' (com base em protocolos e guias de cuidado em saúde mental), visando cuidado e autoconhecimento dos pacientes. Já em outras enfermarias na condição de controle implementaram um pacote de intervenções destinadas a melhorar a saúde física do pessoal.

Por sua vez, Duxbury et al. (2019) avaliaram as mudanças no uso de contenção física nas enfermarias participantes após a introdução da intervenção REsTREIN YOURSELF. O desenvolvimento foi em três etapas:

- 1 - Implementação com suporte;
- 2 - Encorajamento para manutenção sem suporte;
- 3 - Avaliação das alterações.

Sem alteração na prática das enfermarias do controle.

Já Kontio et al. (2014) explicitaram o uso do curso de eLearning ePsychNurse.Net com intenção de melhorar a capacidade dos enfermeiros em lidar com

agressões e violência e prevenir a coerção, como por exemplo reclusão e contenção. O curso se concentrou em sensibilizar a equipe para estar atento aos sentimentos dos pacientes e, portanto, entender o que desencadeia o comportamento agressivo e como evitá-lo. Todo o curso teve a duração de 120 horas durante três meses (40 horas em horário laboral e as restantes no tempo próprio dos participantes).

Além do referido curso teórico, enfermeiros nas enfermarias de controle receberam treinamento prático usual, incluindo uma versão abreviada (5 dias) do curso Manejo da Agressão Real ou Potencial, bem como uma série de seminários menos estruturados, geralmente com duração de um dia útil (KONTIO et al., 2014). Ainda nesse estudo, outros grupos profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais etc.) foram envolvidos no processo educativo indiretamente pela participação nas discussões em equipes multiprofissionais.

Somente no estudo de Georgieva, Mulder e Noorthoorn (2013), não houve o uso de prática educativa, sendo analisada unicamente duas intervenções:

Grupo 1 - medicação involuntária foi a primeira escolha para lidar com a agitação aguda;

Grupo 2 - reclusão foi a primeira escolha.

Nesse estudo, foram aplicadas algumas escalas clínicas, como a versão curta do Kennedy Axis, que resulta na Avaliação Global de Funcionamento (GAF). O nível de falta de cooperação e falta de julgamento e percepção na admissão foram avaliados com base nos itens G8 e G12 da Escala de Síndrome Positiva e Negativa (PANSS).

A avaliação dos estudos incluídos nesta pesquisa enquanto revisão bibliográfica sistemática quanto ao objetivo, amostra, intervenções, resultados principais, risco de viés individual e qualidade metodológica estão descritos no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos.

Nº	Autor (Ano)	Objetivo (Amostra)	Intervenções		Principais resultados (País)	Rob2	Jadad
			Grupo intervenção	Grupo controle			
1.	CELOFIGA et al. (2022)	Avaliar o efeito da desescalada verbal e não verbal na incidência e gravidade da agressão e no uso de restrições físicas em enfermarias psiquiátricas agudas. (6.401 casos/tratamento)	1.347 casos foram atendidos por equipe treinada.	1.864 casos foram atendidos com tratamento usual. Não houve treinamento da equipe.	A taxa de incidência de eventos agressivos foi 73% menor no grupo experimental (IRR = 0,268, IC 95% [0,221; 0,342]), enquanto a taxa de eventos graves foi 86% menor (IRR = 0,142, 95% CI [0,107; 0,189]). Durante o período de intervenção, a taxa de incidência de restrições físicas devido à agressão no grupo experimental diminuiu para 30% da taxa no grupo controle (IRR = 0,304, IC 95% [0,238; 0,386]). (Eslovênia)	Baixo	4
2.	HVIDHJELM et al. (2022)	Examinar os efeitos da implementação da Avaliação de Risco e Tratabilidade de Curto Prazo (START) na prática clínica sobre os eventos adversos mais graves expressos pela necessidade de uso de contenção mecânica	42 pacientes foram atendidos com base no START.	94 pacientes tiveram atendimento usual, sem uso do START.	A taxa de uso de contenção mecânica dentro do período START foi de 82% [risco relativo (RR) = 0,18], menor do que fora do período START. Os pacientes avaliados dentro do período START também tiveram um risco 36% (RR = 0,64) menor de ter pontuações mais altas no Brøset Violence Checklist do que os	Baixo	4

		entre pacientes psiquiátricos forenses gravemente doentes. (136 pacientes)			pacientes avaliados fora do período START. (Dinamarca)		
3.	BOWERS et al. (2015)	Avaliar a eficácia de uma intervenção complexa (Safewards), dirigida ao pessoal de enfermagem, para reduzir as taxas de conflito e contenção ao nível das enfermarias psiquiátricas agudas. (31 enfermarias)	16 enfermarias psiquiátricas (13 leitos por enfermaria) receberam intervenção.	15 enfermarias psiquiátricas (13 leitos por enfermaria) receberam tratamento usual.	Para turnos com incidentes de conflito ou contenção, a condição experimental reduziu a taxa de eventos de conflito em 15% (95% CI 5,6–23,7%) em relação à intervenção de controle. A taxa de eventos de contenção para a intervenção experimental foi reduzida em 26,4% (95% CI 9,9–34,3%). (Inglaterra)	Baixo	5
4.	VÄLIMÄKI et al. (2022)	Examinar se uma intervenção educacional baseada em evidências para enfermeiros diminui o uso de salas de isolamento em hospitais psiquiátricos em comparação com a prática usual. (28 enfermarias, 445 enfermeiras, 2768 pacientes)	13 enfermarias psiquiátricas (216 enfermeiras, 1458 pacientes).	15 enfermarias psiquiátricas (229 enfermeiras, 1310 pacientes).	Em 2017, a taxa de ocorrência de isolamento do paciente no grupo de intervenção foi de 14,3% em comparação com 18,7% no grupo de prática habitual (ARR, 0,66; IC 95%, 0,31-1,41). Ao longo do tempo, o grupo de intervenção alcançou uma pequena redução na taxa de isolamento de 5,3%, em contraste com um aumento de 34,7% no grupo de prática usual (P = 0,003). (Finlândia)	Baixo	5

5.	KONTIO et al. (2014)	Explorar o impacto de um curso de eLearning para profissionais nas taxas e duração da reclusão e contenção mecânica entre pacientes psiquiátricos internados. (10 enfermarias)	5 enfermarias psiquiátricas (92 enfermeiras) foram capacitadas em eLearning	5 enfermarias psiquiátricas (87 enfermeiras) seguiram fazendo o trabalho de forma usual	Não foram observadas alterações estatisticamente significativas nas taxas de incidentes de isolamento e contenção após o curso eLearning. A duração dos incidentes de contenção diminuiu estatisticamente significativamente nas alas de intervenção (mediana 36,0 h [desvio padrão, s 102,1] vs. 4,0 [s 67,2], P 0,001). (Finlândia)	Algumas suspeições	4
6.	GEORGIEVA; MULDER; NOORTHOORN (2013)	Avaliar se a reclusão e os incidentes coercitivos seriam reduzidos em extensão e número se a medicação involuntária fosse a primeira escolha de intervenção. (520 pacientes)	Grupo 1 (medicação involuntária como intervenção de primeira escolha) 236 pacientes.	Grupo 2 (reclusão como intervenção de primeira escolha) 284 pacientes.	No Grupo 1, o risco relativo de isolamento foi menor do que no Grupo 2, enquanto o risco de receber medicação involuntária foi maior. No entanto, a duração média dos incidentes de isolamento não diferiu significativamente entre os dois grupos; nem o número total de incidentes coercivos. Embora o uso de medicação involuntária possa substituir e reduzir com sucesso o número de isolamentos, são necessárias intervenções alternativas para reduzir o número total e a duração dos incidentes coercivos. (Holanda)	Alto	2

7.	DUXBURY et al. (2019)	<p>Uma versão adaptada das Six Core Strategies foi desenvolvida e seu impacto sobre o uso de contenção física em Trusts de saúde mental no Reino Unido foi avaliado. Isso ficou conhecido como 'RESTREINE-SE'. A hipótese era de que a contenção seria reduzida em 40% nas enfermarias de implantação em um período de seis meses.</p> <p>(14 enfermarias, 291 leitos, média = 20,78 leitos por enfermaria).</p>	7 enfermarias de intervenção (n total = 144 leitos, média = 20,1 leitos por enfermaria).	7 enfermarias de controle (n total = 147 leitos, média = 21,0 leitos por enfermaria).	<p>A taxa de contenção foi significativamente menor nas enfermarias de intervenção na fase de adoção (6,62 eventos/1000 leitos-dia, IC 95% 5,53–7,72) em comparação com a fase inicial (9,38, IC 95% 8,19–10,55). Em todas as enfermarias de implementação houve uma redução média de contenção de 22%, com algumas enfermarias apresentando uma redução de 60% e outras menos (8%).</p> <p>(Inglaterra)</p>	Alto	2
----	-----------------------	--	--	---	--	------	---

Fonte: Dados do presente estudo, 2023.

5. DISCUSSÃO

Este estudo objetivou sintetizar as evidências disponíveis sobre as intervenções que previnem episódios de contenção física em pacientes com transtorno mental no contexto hospitalar. Na maioria dos estudos, a população internada em clínicas psiquiátricas era de homens. Segundo Rabasquinho e Pereira, 2007 e Bezerra, 2022, isso pode ser explicado pelo fato de os homens serem menos propensos a falar sobre seus sentimentos e procurar ajuda, culminando em internações em estágios mais graves, além, de comumente pacientes do sexo masculino serem mais violentos e terem maior força física.

Hvidhjelm et al. (2022) sinalizaram que com a intervenção, START, houve redução nos incidentes de autoagressão, bem como de contenção nas enfermarias, sendo a redução maior nas enfermarias de intervenção em que foram realizadas o método START, em relação às do controle, em que não foi aplicado o referido método. Alinhado a isso, Celofiga et al. (2022), confirmam a eficácia do desescalamento na redução do número de pacientes com comportamento agressivo e da ocorrência de contenção, bem como no número e na gravidade dos incidentes agressivos e o número e a duração total dos episódios de contenção, mas não a duração média de episódios de agressividade.

Sinaliza-se ser importante fortalecer praticas educativas assertivas, que corroborem para a redução das ocorrências demarcadas acima, e nessa perspectiva, aponta-se que com a diminuição dos conflitos e das atitudes agressivas, tem-se menos lesões aos pacientes e funcionários por violência, automutilação, suicídio, etc., e, portanto, uma melhor experiência do paciente devido ao uso menos frequente de força e coerção por parte da equipe, incluindo procedimentos de alto risco, como contenção manual (BOWERS et al., 2015).

No estudo de Välimäki et al., (2022), a intervenção educativa foi de fácil execução (92%) e teve alta fidelidade (85%). Porém, a intervenção educacional não reduziu de forma convincente a prática coercitiva neste ensaio clínico randomizado.

Porém, cabe ressaltar que apesar de resultados inferiores ao esperado, os achados ainda sinalizam mudanças na prática para o que é visto como medidas menos restritivas e mais humanas. Considerando todas as evidências disponíveis, intervenções educativas multicomponentes para enfermeiros podem reduzir o uso de quartos de isolamento e o número de restrições de pacientes em hospitais psiquiátricos, embora o

uso de medicação involuntária possa aumentar concomitantemente (BOWERS et al., 2015; VÄLIMÄKI et al., 2022).

Através do eLearning, Kontio et al. (2014), corroboram os apontamentos acima. Isso, pelo fato da intervenção ter alterado a duração dos incidentes de contenção de 36 h para 4 h (média) ($P < 0,001$) nas enfermarias de intervenção. Ademais, a mudança na duração dos incidentes de contenção nas enfermarias de intervenção tendeu a ser mais pronunciada do que nas enfermarias de controle, mas a diferença não alcançou significância estatística. Tais achados demonstram possibilidades para redução e superação das altas taxas de contenção ainda existentes, bem como dos longos períodos desses procedimentos (FERNÁNDEZ-COSTA *et al.*, 2020).

Duxbury et al. (2019), também relatam o sucesso da intervenção, com redução média de contenção de 22% nas enfermarias de implementação em um período de seis meses. Essas descobertas demonstraram que reduções no uso de contenção e mudanças no ambiente psicossocial da enfermaria são potencialmente alcançáveis com o apoio de modelos organizacionais multidimensionais. Intervenções como REStREIN YOURSELF, que permitem que as equipes assumam a propriedade coletiva das mudanças em seus próprios ambientes e criem um envolvimento positivo com os usuários do serviço por meio de práticas centradas na pessoa, são um passo importante na direção certa (DUXBURY et al., 2019). Demarca-se que tal alinhamento é o cerne da reforma psiquiátrica brasileira, e deve ser visto como uma possibilidade para a realidade brasileira.

Ademais, cabe ressaltar que o estudo de Georgieva, Mulder e Noorthoorn (2013) apontou uma problemática relevante, onde o uso de isolamento e/ou contenção pode ser reduzido quando a medicação involuntária é a intervenção de primeira escolha. Essa descoberta é particularmente importante em países que visam reduzir o isolamento ou a contenção de pacientes. Georgieva; Mulder; Whittington (2012) apontaram que não apenas a medicação é tão eficaz quanto ao isolamento/contenção, mas também que os pacientes a vivenciam como menos coercitiva. Especialmente se administrado por via oral, a medicação pode ser um substituto justificado para a reclusão de uma intervenção coercitiva se for apropriada e se as preferências do paciente forem conhecidas.

Todos os estudos citaram a presença da enfermagem no processo assistencial e seis deles, sugeriram a implementação de processos educativos, como fatores que

melhoraram à assistência aos usuários (DUXBURY et al., 2019; CELOFIGA et al., 2022; HVIDHJELM et al., 2022). Assim, depreende-se a importância/relevância da profissão na assistencial à saúde mental. Os achados vão ao encontro do que foi explicitado por Cairo et al. (2020), sinalizando que os profissionais de enfermagem atuam desde os serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial e na Atenção Primária, às instituições de internação, com singularidades em cada ponto de atenção.

Ademais, aponta-se que os processos de formação de profissionais desta área, precisam ter maior robustez na temática saúde mental (BOWERS et al., 2015; VÄLIMÄKI et al., 2022). Nesta perspectiva, um estudo brasileiro, sinalizou que os docentes, cursos de formação e instituições, centrem esforços para superar as lacunas existente quanto a formação da enfermagem em saúde mental e assumam o compromisso de fortalecer a política nacional de saúde mental, garantindo uma formação de qualidade para que os profissionais de enfermagem possam ofertar cuidado para a sujeito em sofrimento psíquico nos diversos contextos (NÓBREGA et al., 2020).

Aponta-se ainda, que a saúde mental é um campo de atuação multiprofissional e interdisciplinar, portanto, é imprescindível a atuação e apoio de outras profissões, para a superação dos desafios ainda existentes (KONTIO et al., 2014; CELOFIGA et al., 2022).

Quanto ao período total de duração das intervenções, ou tempo de duração especificamente das abordagens educativas, aponta-se que tal fato, se justifica em virtude de se ter diferentes legislações, culturas e realidades envolvidas, visto que, os resultados emergiram de cinco nacionalidades diferentes (Inglaterra, Finlândia Eslovênia, Dinamarca e Holanda). Assim, cabe ressaltar que a centralidade das intervenções, foram em práticas educativas, nos moldes de educação permanente (KONTIO et al., 2014; HVIDHJELM et al., 2022) e/ou continuada (BOWERS et al., 2015; DUXBURY et al., 2019; CELOFIGA et al., 2022; VÄLIMÄKI et al., 2022).

Nos seis estudos sinalizados acima, essas práticas educativas, ocorreram na realidade do serviço, chamando-se atenção para a importância de se realizar ações de educação em serviço. Contudo, Parreira (2018), sinaliza que tais práticas no ambiente de trabalho, demanda dos profissionais, habilidades e atitudes para a processo formativo em seu processo de trabalho, o que nem sempre é possível devido aos muitos afazeres da equipe, ou pela grande pressão assistencial existente. Assim, cabe aos serviços e

profissionais envolvidos, se organizarem para que seja possível uma alteração da realidade existente.

Diante disso, analisando a literatura existente, ainda não é possível afirmar com exatidão qual o melhor método educacional para que os profissionais tenham melhores resultados na prática assistencial, contudo, sugere-se intervenções baseadas na aprendizagem significativa e metodologias ativas, visto que, tais estratégias em distintos cursos das ciências da saúde, e em outros contextos, demonstraram-se extremamente eficientes (ANDRADE et al., 2022). Ademais, sugere-se que novos estudos com este objetivo sejam conduzidos para definição de um protocolo que garanta a efetividade da intervenção educacional com possibilidade de reprodução em nível global.

Em todos os estudos avaliados, as intervenções contribuíram para a mitigação dos episódios de contenção física. Vale ressaltar que vieses ocorreram na análise dos estudos incluídos. Na análise da amostra estudada, utilizando a ferramenta do risco de viés Rob2, dois artigos possuíam alto erro sistemático, dentre eles à falta de dados sobre os resultados, viés na medição do resultado (DUXBURY et al., 2019), além desses dois aspectos, outro estudo também apresentou viés na seleção do resultado relatado (GEORGIEVA; MULDER; NOORTHOORN, 2013). O estudo de Kontio et al. (2014) apresentou algumas suspeições quanto a medição do resultado.

Na avaliação da qualidade metodológica dos estudos utilizando a escala de Jadad (JADAD et al., 1996), dois estudos (28,57%) apresentaram pontuação máxima (BOWERS et al., 2015; VÄLIMÄKI et al., 2022). Três estudos (42,85%) perderam um ponto, pela não descrição das perdas e exclusões (KONTIO et al., 2014; CELOFIGA et al., 2022; HVIDHJELM et al., 2022). Outros dois estudos (28,57%) que perderam três pontos, foi em decorrência de problemas com a não descrição de ser randomizado, com a randomização inadequada e com o fato de não se ter descritas as perdas e exclusões (GEORGIEVA; MULDER; NOORTHOORN, 2013; DUXBURY et al., 2019).

Tais achados reforçam a necessidade da condução de estudos bem delineados metodologicamente, e sem ocorrência de viés, a fim de que as evidências científicas oriundas deles possam ser utilizadas com segurança na prática clínica. E conseqüentemente, seja possível avançarmos em melhores práticas assistenciais em saúde mental (FERNÁNDEZ-COSTA et al., 2020).

Ressalta-se que apesar da sistematização na busca e seleção dos artigos, se reconhece a impossibilidade de se esgotar a literatura disponível sobre esta temática. Portanto, entre as limitações do método, destaca-se a busca limitada a cinco bases de dados e a limitação dos idiomas de domínio da autora (português, inglês e espanhol).

A despeito destas limitações, o presente estudo sintetizou evidências de sete estudos, sendo todos ensaios clínicos. Demonstrou-se claramente possibilidades que podem ser utilizadas ao invés da contenção física na prática assistencial em saúde mental, e que, não há na literatura protocolos a nível nacional ou internacional para mitigar tal problemática, pressupondo que a ausência desses podem comprometer o processo de cuidado aos pacientes com transtornos mentais.

Diante disso, este estudo contribuiu para o avanço do conhecimento científico e ratificou a importância da educação permanente, continuada e em serviço para a equipe assistencial de pacientes com transtornos mentais, bem como da equipe de enfermagem, a qual é imprescindível para uma assistência adequada à saúde em qualquer área clínica ou contexto de tratamento.

Potencialmente, as intervenções mapeadas e descritas, podem ser aplicadas em outros contextos, visto que, independentemente do país ou continente, existe à necessidade de cuidado à saúde mental.

Ressalta-se que a maioria dos estudos analisados ($n = 4 = 57,14\%$), apresentam baixo risco de viés, tendo boa qualidade metodológica. Contudo, sugere-se a realização de novos estudos clínicos, sobretudo no contexto brasileiro, com alto rigor metodológico para a avaliação do uso dessas intervenções em detrimento da contenção física na população estudada.

Recomenda-se, ainda, que novos estudos em distintos contextos e com diferentes abordagens metodológicas, busquem a padronização de protocolos quanto a melhor estratégia educativa ou de intervenção para a melhora da prática de contenção física. Aponta-se que a superação dessa prática manicomial, possibilitará melhor assistência à saúde dos pacientes com transtornos mentais e conseqüentemente menor risco de eventos adversos e agravos à saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão mostraram que ações educativas com a equipe assistencial contribuem para a mitigação da contenção física em serviços hospitalares, além de reduzirem episódios de agressividade e de eventos coercitivos. As intervenções educativas aplicadas nas cinco nacionalidades, divergiram quanto a estruturação e período de duração. Contudo, ressalta-se a importância das ações de educação permanente e/ou continuada com a equipe assistencial da área de saúde mental.

Além disso, destaca-se a relevância dos profissionais de enfermagem na assistência em saúde mental, visto que a classe foi mencionada em todos os estudos elencados, sendo relevante mencionar a importância de fortalecer os processos formativos para atuação desta classe, bem como das demais, envolvidas no cuidado à saúde mental. Por fim, sugere-se que novos estudos, com distintas abordagens metodológicas e contextos, para analisar aspectos aqui apontados e outros ainda não totalmente elucidados. Para que então, possamos avançar para um cuidado verdadeiramente individualizado e integral em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. A. *et al.* **Contenção mecânica: condutas adotadas pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência psiquiátrica.** In: *Política, planejamento e gestão em saúde 3* / Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. cap. 11, p. 104-116. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

ANDRADE, A. C. M. *et al.* Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde.** 2018; 7(1): 60-71. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.184.

ANDRADE, J. V. *et al.* **Uso de metodologias ativas nas graduações das ciências da saúde.** In: ANDRADE, J. V.; SOUZA, J. C. M.; PRATES, J. G. (Org.). *Pesquisas e abordagens educativas em ciências da saúde.* 1ed. Campina Grande: Amplla, 2022, v. I, p. 208-217.

BALDAÇARA, L. *et al.* Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. **Brazilian Journal of Psychiatry,** v. 41, p. 153-167, 2018.

BEGHI, M. *et al.* Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. **Rivista di psichiatria,** v. 48, n. 1, p. 10-22, 2013.

BEZERRA, E. N. R. Transtornos mentais comuns em homens do contexto urbano e rural: prevalência e fatores associados à saúde mental. **Brazilian Journal of Development,** v. 8, n. 3, p. 17861-17871, 2022.

BOWERS, L. *et al.* Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. **International journal of nursing studies,** v. 52, n. 9, p. 1412-1422, 2015.

BRASIL. **Lei n.10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 9, abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 09 abr. 2001. p. 2 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 04 nov. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva,* v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2007.v17n1/77-93/>

CAIRO, J. V. F. *et al.* Enfermagem em saúde mental: a assistência em um cenário de mudanças. **Global Academic Nursing Journal,** v. 1, n. 3, p. e56-e56, 2020.

CARDANO, M. *et al.* Contextos culturais e organizativos da utilização da contenção mecânica pelos serviços psiquiátricos da região do Piemonte, Itália. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, e64591110120, 2020.

CARTERI, R. B. *et al.* A closer look at the epidemiology of schizophrenia and common mental disorders in Brazil. **Dement. Neuropsychol.**, v. 14, n. 3, p. 283-289, 2020.

CELOFIGA, A. *et al.* Effectiveness of de-escalation in reducing aggression and coercion in acute psychiatric units. a cluster randomized study. **Frontiers in psychiatry**, v. 13, 2022.

CIMADOR, F. A cultura da não contenção da pessoa idosa – uma necessidade, um direito, e uma batalha ética e política. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 1, 2017.

COHEN, J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. **Psychological Bulletin**, 70, p. 213-220, 1968.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N. 427/2012**. 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html. Acesso em: 04 nov. 2021.

DUXBURY, J. *et al.* Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: the outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). **International journal of nursing studies**, v. 95, p. 40-48, 2019.

FERNÁNDEZ-COSTA, D. *et al.* Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 9, p. 2791, 2020.

FERREIRA, A. P. Satisfação, sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v. 13, n. 2, p. 91-99, 2015.

GEORGIEVA, I.; MULDER, C. L.; NOORTHOORN, E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. **Psychiatry research**, v. 205, n. 1-2, p. 48-53, 2013.

GEORGIEVA, I.; MULDER, C. L.; WHITTINGTON, R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. **BMC psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2012.

HIGGINS, J. P. T. *et al.* (Ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**. John Wiley & Sons, 2019.

HVIDHJELM, J. *et al.* Effects of Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability for Mechanical Restraint in a Forensic Male Population: A Stepped-Wedge, Cluster-Randomized Design. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022.

JADAD, A. R. *et al.* Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. **Controlled clinical trials**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 1996.

KONTIO, R. *et al.* eLearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: a cluster-randomized trial. **Nordic Journal of Psychiatry**, v. 68, n. 7, p. 443-449, 2014.

MACEDO *et al.* **A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MACPHERSON, H. *et al.* Revised standards for reporting interventions in clinical trials of acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 16, n. 10, p. ST-1-ST-14, 2010.

MURALIDHARAN, S.; FENTON, M. Containment strategies for people with serious mental illness. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2006.

NÓBREGA, M. P. S. S. *et al.* Mental health nursing education in brazil: perspectives for primary health care. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição**. 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016.

PADILHA, V. M. *et al.* Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, p. 398-404, 2013.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2021.

PARREIRA, C. M. F. S. **Educação em saúde: caminhos e percursos para uma vida saudável**. In: LACERDA, E.; HEXSEL, R. Educação em vigilância sanitária. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2018. p. 18-25.

PATERSON, B.; DUXBURY, J. Restraint and the question of validity. **Nursing Ethics**, v. 14, n. 4, p. 535-545, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PROSPERO - International prospective register of systematic reviews. **National Institute for Health Research (NIHR)**, 2023. Available from: <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

RABASQUINHO, C.; PEREIRA, H. M. Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. **Análise Psicológica**, p. 439-454, 2007.

ROSER, M.; RITCHIE, H. **Burden of disease**, Our World in Data, 2019. Available from: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>

ROTOLI, A.; SILVA, M. R. S. A família no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental: percepção dos profissionais da atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e476985649-e476985649, 2020.

SILVA, M. P.; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 2016; 41(1):23-41.

SILVA, T. L. *et al.* Perfil de internações hospitalares em unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 644-659, 2014.

STEEL, Z. *et al.* The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

STERNE, J. A. C. *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. **bmj**, v. 366, 2019.

VÄLIMÄKI, M. *et al.* An evidence-based educational intervention for reducing coercive measures in psychiatric hospitals: A randomized clinical trial. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 8, p. e2229076-e2229076, 2022.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171-178, 2016.

WILLRICH, J. Q. **A crise psíquica no discurso da atenção psicossocial: um acontecimento de saber, poder e subjetivação**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2016.

ANEXOS

ANEXO I

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews


National Institute for
Health Research

UNIVERSITY *of York*
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

This record cannot be edited because it has been marked as out of scope

1. * Review title.

Give the title of the review in English

Interventions that prevent mechanical retention episodes: systematic review

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

Intervenções que previnem episódios de contenção mecânica: revisão sistemática

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

30/11/2022

APÊNDICES

APÊNDICE A

Escala RoB 2 – Resultados dos estudos incluídos.

Estudo	Viés resultante do processo de randomização	Viés devido a desvios das intervenções previstas	Viés devido à falta de dados sobre os resultados	Viés na medição do resultado	Viés na seleção do resultado relatado	Viés geral
1	-	-	-	-	-	Baixo
2	-	-	-	-	-	Baixo
3	-	-	-	-	-	Baixo
4	-	-	-	-	-	Baixo
5	+	-	-	+	-	Algumas suspeições
6	+	+	-	-	-	Alto
7	+	+	-	-	+	Alto

STERNE, J. A. C. *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *bmj*, v. 366, 2019.

APÊNDICE B

Escala Jadad – Resultados dos estudos incluídos.

Estudo	O estudo foi descrito como randomizado	A randomização foi descrita e é adequada	Houve comparações e resultados	As comparações e resultados foram descritos e são adequadas é na medição do resultado	Foram descritas as perdas e exclusões	Total
1	1	1	1	1	0	4
2	1	1	1	1	0	4
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	0	4
6	0	0	1	1	0	2
7	0	0	1	1	0	2

JADAD, A. R. *et al.* Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. **Controlled clinical trials**, v. 17, n. 1, p. 1-12, 1996.

APÊNDICE C

PRODUTO TÉCNICO

TREINAMENTO SOBRE MANEJO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA

TÍTULO: Contenção mecânica em pauta: aspectos teóricos e práticos		
DATA:		
Profissional Responsável pela aplicação (assinatura e carimbo):		
 <hr/>		
Criadoras:		
Residente Responsável: Enf. Lisandra Rodrigues de Medeiros		
Professora Orientadora: Enf. Me. Maria Selma Carvalho Frota Duarte		
PÚBLICO-ALVO: Equipe multiprofissional atuante na assistência ao paciente com transtorno mental.		
OBJETIVOS:		
OBJETIVO GERAL: Os participantes deverão saber identificar, manejar e intervir adequadamente em uma agitação psicomotora.		
Objetivos específicos:		
<ol style="list-style-type: none"> 1 Os participantes deverão saber definir o que é agitação psicomotora; 2 Os participantes deverão empregar adequadamente o manejo na agitação psicomotora; 3 Os participantes deverão inferir qual a melhor intervenção a ser executada em uma agitação psicomotora. 		
Conteúdo:		
Horário	Tópico	Recursos materiais
8:00h às 8:10h	Credenciamento dos participantes e abertura da oficina de treinamento.	Distribuição de pastas com papel e caneta.
8:10h às 8:30h	Apresentação e explicação da proposta.	Explicação sobre como a proposta surgiu a partir dos resultados do TCR da Residente (slide).

8:30h às 8:45h	Aplicação pré-teste (3 questões) – Primeira etapa do treinamento	Questionários impressos para o quantitativo de participantes (Atividade I)
8:45h às 9:45h	<p>Atividade em grupo, preferencialmente multidisciplinar - Segunda etapa do treinamento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Entregar caso simples sobre situação de agitação psicomotora para leitura (5 min.); 2- Pedir para os profissionais descreverem no mínimo 5 ações importantes de serem feitas nessa situação de agitação, com vistas a normalização do quadro (20 min.); 3- O grupo deve elencar 3 profissionais/classes que são imprescindíveis para essa situação, e ao menos uma ação desse profissional/classe (10 min.); <p>Apresentação expositiva dos grupos (25 min.);</p>	<p>Caso clínico sobre agitação;</p> <p>Uma folha para cada grupo com as questões centrais impressas.</p> <p>(Atividade II)</p>

9:45h às 10:45h	<p>Explicação oral com utilização de tecnologias auxiliares (Datashow) - Terceira etapa do treinamento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Contextualização com as apresentações (5 min.); 2- Explicação sobre saúde mental e o cuidado dessa área (10 min.); 3- Definição de agitação psicomotora (5 min.); 4- Descrição do manejo do paciente com transtorno mental (10 min.); 5- Possibilidades de intervenção em casos de agitação (10 min.); 6- Responsabilidades específicas e inespecíficas dos membros da equipe (10 min.) <p>Possibilidades na prática clínica (10 min.).</p>	Uso de slides.
10:45h às 11:15h	<p>Simulação/prática de manejo – Quarta etapa do treinamento.</p>	<p>Um ator/atriz;</p> <p>Um caso simples sem resolução concreta, para o</p>

	Solicitar a um grupo que faça o manejo de um paciente com transtorno mental (desde a abordagem inicial, até a intervenção).	grupo avançar (Atividade III)
11:15h às 11:45 debate e resposta às dúvidas, fechamento	<p>Discussão da intervenção - Quinta etapa do treinamento.</p> <p>1- Como foi para vocês e o que despertou ao assistirem esta dramatização?</p> <p>2- O que vocês acharam da conduta dos profissionais que atenderam a paciente e seus familiares?</p> <p>3- O que vocês fariam nessa situação?</p> <p>Fechamento</p>	Uso de slides com questões norteadoras.
11:45h às 11:50h	Pós-teste avaliativo – Sexta etapa do treinamento.	Questionários impressos para o quantitativo de participantes (Atividade I)
11:50h	Encerramento.	Agradecimentos.
Recursos didáticos: folhas A4 impressas; data show; cartolinas		
Avaliação:		
Respostas às perguntas-problema ao final da aula;		
Discussão de roteiro;		
Pré e pós teste.		
Bibliografia:		
AMARAL, A. A. <i>et al.</i> Contenção mecânica: condutas adotadas pela equipe de enfermagem em uma unidade de emergência psiquiátrica. <i>In: Política, planejamento e</i>		

gestão em saúde 3 / Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. cap. 11, p. 104-116. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

ANDRADE, A. C. M. *et al.* Cuidado multiprofissional em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. 2018; 7(1): 60-71. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v7i1.184.

BRASIL. **Lei n.10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 9, abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

CAIRO, J. V. F. *et al.* Enfermagem em saúde mental: a assistência em um cenário de mudanças. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 3, p. e56-e56, 2020.

FERNÁNDEZ-COSTA, D. *et al.* Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. **Journal of clinical medicine**, v. 9, n. 9, p. 2791, 2020.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde mental**, 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 76 p.

Atividade I – Pré-teste

1) Durante muito tempo, a contenção física vem sendo utilizada no campo da atenção em psiquiatria, havendo inúmeras controvérsias e discussões quanto às suas indicações e formas de uso. Sobre a contenção física, considere os itens:

I. A contenção física é uma forma de tratamento na EP em casos que envolvam agitação psicomotora intensa e que apresente risco para o indivíduo e às demais pessoas, resistência do cliente à sedação, com potencial de queda e outras situações que se constituam risco à integridade das pessoas e/ou do ambiente.

II. A contenção física deve ser aplicada de forma adequada e com segurança. Para isso, deve ser realizada com faixas de contenção confeccionadas com tecido de algodão

resistente e reforçadas com costura com largura apropriada para aplicação no tórax, nos pulsos, nas axilas e nos tornozelos.

III. A aplicação da contenção física deve considerar a experiência dos profissionais envolvidos na abordagem a partir da peculiaridade de cada caso, podendo haver variação no tempo necessário para a avaliação do cliente de acordo com a gravidade do caso.

IV. Durante todo o período da contenção, um integrante da equipe deve permanecer junto ao paciente e dar a ele assistência integral de enfermagem.

Sobre a contenção física, os itens que estão CORRETOS são:

- A) I e II.
- B) I e III.
- C) I e IV.
- D) II e III.
- E) III e IV.

2) A resolução do COFEN 427 /2012 normatiza os procedimentos de enfermagem no emprego de contenção mecânica em pacientes. De acordo com essa resolução, quando o paciente estiver em contenção mecânica é necessário um monitoramento clínico do nível de consciência, dados vitais e das condições da pele e circulação dos membros contidos. Esse monitoramento deverá ser regular e verificado:

- A) nunca superior a quatro horas
- B) nunca superior a duas horas
- C) nunca superior a três horas
- D) nunca superior a uma hora

3) Sobre Contenção Mecânica, é INCORRETO afirmar:

- A) É uma técnica de contenção física, com finalidade terapêutica, que utiliza dispositivos manuais para restringir os movimentos físicos do paciente no leito devido ao grau de risco que esse apresenta para si e/ou para os outros, em consequência de alterações psíquicas e comportamentais.
- B) Tem como objetivo controlar o comportamento violento evitando danos à integridade física do paciente, da equipe e de outras pessoas ao redor, com

indicação restrita aos quadros psicopatológicos que coloquem em risco a vida do paciente e/ou das pessoas ao redor.

- C) É indicado o uso da contenção com o com o propósito de disciplina, punição e coerção.
- D) Deve ser usado apenas quando todos os outros recursos terapêuticos se mostraram ineficazes ou quando paciente encontra-se agressivo.

Atividade II – Realizada em grupo, preferencialmente multidisciplinar.

Caso clínico: Pedro, 37 anos, solteiro, completou o ensino médio e chegou a frequentar a Faculdade de Administração por um ano, mas abandonou o curso quando sua namorada ficou grávida. Pedro então foi trabalhar na pequena mercearia do pai, que também funciona como bar. Depende financeiramente da família para tudo, reside com os pais e o irmão mais novo de 25 anos. Hoje, os pais de Pedro conseguiram trazê-lo ao Hospital porque começou a passar mal ontem. Está insone, ansioso, inquieto, queixando-se de dor em queimação na região abdominal. Ao exame observou-se presença de um tremor fino nas mãos, sudorese evidente, pulso acelerado, afebril, PA: 150 x 90 mmHg. Estava com excesso de movimentação, argumentando estar sendo perseguido. Levantou-se e gritou com profissional enfermeiro, deferindo soco no profissional?

- 1- 5 ações importantes de serem feitas nessa situação de agitação, com vistas a normalização do quadro?
- 2- 3 profissionais/classes que são imprescindíveis para essa situação, e ao menos uma ação desse profissional/classe?

Atividade III – Caso clínico (encenação)

CNAP, 36a, branca, natural de São Paulo, ensino médio completo, reside com a mãe com quem trabalha em venda direta de produtos cosmético. Fazia acompanhamento em ambulatório de saúde mental há alguns anos com o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Cluster B. Estava internada em uma unidade psiquiátrica após tentativa de

suicídio por intoxicação exógena com medicamentos de seu uso cotidiano: clonazepam, topiramato e venlafaxina.

Às 18h30m, foi ao posto de enfermagem solicitar toalha e kit de higiene para tomar banho, pois estava menstruada. Contudo, a equipe justificou que por estar em horário de fechamento de plantão, não seria possível, mas que ela poderia ver com a equipe da noite se eles liberavam. CNAP, contudo, não aceitou a resposta e tentou novamente argumentar. Sem ser atendida, iniciou episódios de autoagressão, batendo sua cabeça na parede. Com a tentativa da equipe de manejar a situação, iniciou episódios heteroagressividade.



Universidade do Estado do Pará
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Rua Perebeuí, 2623 – Marco
66087-480 Belém-PA
www.uepa.br

