



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

**PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

ROMULO DELVALLE

Niterói, RJ

Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial



**PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÃO
DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Autor: Romulo Delvalle

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosimere Ferreira Santana

Dissertação apresentada à Banca de Defesa de Dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado de enfermagem para os grupos humanos

Niterói, RJ
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Linha de pesquisa: O cuidado de enfermagem para os grupos humanos

Autor: Romulo Delvalle

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosimere Ferreira Santana (UFF)

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Rosimere Ferreira Santana - Presidente
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dra. Margrid Beuter - UFSM - 1^a Examinadora
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Prof.^a Dra. Fatima Helena do Espirito Santo 2^a Examinadora
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas - 3^a Examinadora
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dra Keila Mara Cassiano - Suplente
Universidade Federal Fluminense (UFF)

EPIGRAFE

“O homem se torna muitas vezes o que ele próprio acredita que é. Se insisto em repetir para mim mesmo que não posso fazer uma determinada coisa, é possível que acabe me tornando realmente incapaz de fazê-la. Ao contrário, se tenho a convicção de que posso fazê-la, certamente adquirirei a capacidade de realiza-la, mesmo que não a tenha no começo.”

Mahatma Gandhi

DEDICATÓRIA

Primeiramente, e acima de tudo, agradeço a Deus por sempre estar presente em todas as etapas da minha vida e por me cercar de pessoas tão maravilhosas em um mundo cada vez mais desumano.

Aos meus pais e irmão por todo o apoio e abnegação para me darem o que nunca tiveram; obrigado pelas lições diárias de amor e fraternidade. Amo vocês.

A toda a equipe do MPRJ e do GATE, nas pessoas do Dr. Rafael Lemos e Dr. Luiz Cláudio por acreditarem nesse tema e me apoiarem na realização deste estudo.

Ao grupo Tríplice Aliança, no qual o aprendizado é constante. Tenho certeza que estamos promovendo uma revolução no cuidado aos idosos.

A todos da ASUITs de Trieste, nas pessoas de Fabio Cimador e Gilberto Cherri, por me introduzirem e me apoiarem constantemente na luta contra a contenção e pela amizade.

Grazie Mille.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem sempre recorri em momentos difíceis. Obrigado pelo dom da vida e por se fazer presente em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Manoel e Maria e meu irmão Leonardo pelo amor incondicional, por sonharem junto comigo e por me apoiarem de maneira irrestrita nessa jornada. Aos meus avós que sem sombra de dúvidas, foram a minha grande inspiração para atuar na área da gerontologia.

Á minha orientadora, Dra. Rosimere Santana, que me apresentou o tema pelo qual agora sou apaixonado, obrigado por estar presente em todos os momentos obrigado por sempre acreditar e pelos ensinamentos e orientações constantes. Sei que não foi nada fácil me orientar, mas somente uma orientadora extraordinária como você seria capaz desta façanha, serei eternamente grato.

Á comissão examinadora, composta pela Dra. Célia Caldas, Dra. Margrid Beuter, Dra. Keila Cassiano e Dra. Fátima Helena, pela leitura crítica e pelas excelentes contribuições ao meu estudo.

Aos idosos participantes da pesquisa, em especial aos idosos contidos; que a realidade dos cuidados aos idosos melhore significativamente e que essa realidade dura seja, em um futuro próximo, apenas parte das páginas da história.

Á Dra. Célia Caldas, que me acompanha desde a pós-graduação em gerontologia e que abriu as portas da enfermagem gerontológica. É uma honra ter a senhora em minha banca, desde a defesa do projeto até a defesa da dissertação. Suas contribuições foram valorosas ao estudo. Obrigado por fazer parte da minha trajetória profissional e acadêmica.

Á minha amiga Arianna Kassiadou, por me escutar e me aconselhar em momentos difíceis e por compartilhar seu brilhantismo intelectual e moral. Sou muito grato pela nossa amizade.

Aos amigos, pelos momentos de descontração que tornaram essa tarefa menos estressante.

Á todos os profissionais e amigos que pude fazer na cidade de Trieste, em especial aos colegas enfermeiros desta cidade que mora no meu coração. E que me ensinaram que a “liberdade é terapêutica”

Aos colegas do grupo de pesquisa da UFF, obrigado pelas colaborações e pelo apoio.

E a todos que direta ou indiretamente me ajudaram na construção deste trabalho.

RESUMO

DELVALLE, R. **Prevalência de Contenção Mecânica em Instituições de Longa Permanência Para Idosos no Estado do Rio de Janeiro**. Niterói/RJ, 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense.

Introdução: O conceito de contenção mecânica adotado nesse estudo foi qualquer método manual ou físico, equipamento mecânico, ou material anexado; ou adjacente ao corpo do indivíduo; que o indivíduo não possa retirar facilmente; que restringe a liberdade ou movimento ou acesso normal ao próprio corpo. **Objetivo geral:** Estimar a prevalência de contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro. **Objetivos Específicos:** Identificar a prática de contenção em ILPIs no Rio de Janeiro; e Investigar se existem variáveis associadas da prática de contenção; produzir material informativo aos promotores de justiça sobre a contenção de idosos e a violação de direitos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e/ou seccional com abordagem quantitativa, realizado em 14 ILPIs, com um amostra estimada de 378 idosos, abordadas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e pelo Grupo de Apoio Técnico Especializado Instituições e Direitos Sociais – GATE/IEDS. **Resultados:** Estima-se que a prevalência de contenção nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro seja de 7,45%, com erro de previsão de 2,45% ao nível de 95% de confiança. Sem considerar a grade no leito como contenção, estima-se que a prevalência de contenção nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro a seja de 3,84%, com erro de previsão de 1,79% ao nível de 95% de confiança. A prevalência da Síndrome da Imobilidade entre os idosos das ILPIs do Estado do Rio de Janeiro seja de 18,2% e a Contenção não está significativamente associada à Síndrome de Imobilidade (p-valor=0,202 do Teste Qui-quadrado). Tipicamente esta contenção ocorre em cama hospitalar (45,5% dos casos), o tipo de contenção é a grade no leito da cama hospitalar (45,5%) dos casos. A principal justificativa para a utilização da contenção é o risco de quedas (66,7%) e a duração da contenção, na maioria dos casos (84,8%), é de 24 horas. Os resultados mostram que os idosos contidos diferem significativamente dos não contidos apenas no que se refere: ao seu estado de deambulação (p-valor=0,000 do Teste qui-quadrado; aos seus escores KATZ (p-valor=0,000 do Teste de Mann Whitney); aos seus escores MEEM (p-valor=0,000 do teste de Mann Whitney) e à prevalência de Demência de Alzheimer, que é significativamente maior no grupo de contidos (p-valor=0,001 do teste qui-quadrado). Foi verificado ainda por análise de correlação, que a contenção independe, ou seja, não está correlacionada ao número de leitos e ao número de profissionais da instituição. **Conclusão:** A prevalência de contenção mecânica apesar de baixa foi significativa com desfechos de piora na deambulação, da perda cognitiva, da dependência para atividades de vida diária e para o diagnóstico de demência, o que implica dizer que a adoção dessa prática pode implicar em risco de fragilidade aos idosos.

Descritores: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Restrição Física; Prevalência; Enfermagem Geriátrica; Saúde do Idoso

ABSTRACT

Delvalle, Romulo. Prevalence of Physical Restraint in long term care in the state of Rio de Janeiro. Niterói/RJ, 2017. Dissertation (Master's Degree in Assistance Nursing) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense.

Introduction: The concept of physical restraint is manual or physical method, mechanical equipment, or attached material; or adjacent to the subject's body; Which the individual can not easily remove; Which restricts freedom or movement or normal access to one's own body. **To aims:** To estimate the prevalence of physical restraint in long term care in Rio de Janeiro; Identify the contention practice in long term care in Rio de Janeiro; Investigate if there are associated variables of contention practice; Produce information material for prosecutors on the containment of the elderly and the violation of rights. **Method:** This is a transversal study with a quantitative approach, carried out in 14 long term care supervised by the Public Ministry of the State of Rio de Janeiro and by the Specialized Technical Support Group Institutions and Social Rights - GATE / IEDS. The estimated sample was 378 elderly. **Results:** It is estimated that the prevalence of restraint in the long term care of the State of Rio de Janeiro is 7.45%, with a prediction error of 2.45% at the 95% confidence level. Without considering the grid in the bed as a restraint, it is estimated that the prevalence of contention in the long term care of the State of Rio de Janeiro is 3.84%, with a prediction error of 1.79% at the 95% confidence level. The prevalence of Immobility Syndrome among the elderly of long term care in the State of Rio de Janeiro is 18.2% and Containment is not significantly associated with Immobility Syndrome (p-value = 0.202 of the Chi-square test). Typically this restraint occurs in hospital bed (45.5% of cases), the type of restraint is the grid in the bed of the hospital bed (45.5%) of the cases. The main justification for the use of restraint is the risk of falls (66.7%) and the duration of restraint, in most cases (84.8%), is 24 hours. The results show that the contained elderly differ significantly from those not only with respect to their gait state (p-value = 0.000 of the chi-square test; their KATZ scores (p-value = 0.000 of the Mann Whitney test), Their MMSE scores (p-value = 0.000 from the Mann Whitney test) and the prevalence of Alzheimer's Dementia, which is significantly higher in the group of patients (p-value = 0.001 of this chi-square). By correlation analysis, that the contention is independent, that is, it is not correlated with the number of beds and the number of professionals of the institution. **Conclusion:** The prevalence of physical restraint found in long term care was low but significant with outcomes of worsening of ambulation, cognitive loss, dependence for activities of daily living and for the diagnosis of dementia, which implies that the adoption of this practice may imply At risk of fragility to the elderly.

Keywords: Long term care for aged, Physical Restraint, Prevalence, Geriatric Nursing, Health of the elderly

RESUMEN

Delvalle, Romulo. Prevalencia de restricciones mecánicas en el cuidado Hogares para Ancianos en el estado de Rio de Janeiro. Niterói/RJ, 2017. Disertación (Maestrazgo Profesional en Enfermería Asistencial) – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense.

Introducción: El concepto de contención mecánica es polisémico. En este estudio, se adoptó por considerarla como cualquier método manual o físico, equipo mecánico, o material adjunto; o adyacente al cuerpo del individuo; que el individuo no pueda retirar fácilmente; que restringe la libertad o el movimiento o el acceso normal al propio cuerpo.

Objetivo general: Estimar la prevalencia de restricciones mecánicas en la atención a largo plazo en Río de Janeiro. **Objetivos específicos:** Identificar la práctica de contención en la atención a largo plazo en Río de Janeiro; E Investigue si hay variables asociadas de la práctica de contención; Producir material de información para los fiscales sobre la contención de los ancianos y la violación de los derechos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo, realizado en 14 cuidados de larga duración supervisados por el Ministerio Público del Estado de Río de Janeiro y por el Grupo de Apoyo Técnico Especializado Instituciones y Derechos Sociales - GATE / IEDS. La muestra estimada fue de 378 ancianos. **Resultados:** Se estima que la prevalencia de moderación en el cuidado a largo plazo del Estado de Río de Janeiro es del 7,45%, con un error de predicción del 2,45% al nivel de confianza del 95%. Sin considerar la rejilla en el lecho como restricción, se estima que la prevalencia de contención en el cuidado a largo plazo del Estado de Río de Janeiro es del 3,84%, con un error de predicción de 1,79% al nivel de confianza del 95%. La prevalencia del síndrome de inmovilidad entre los ancianos de la atención a largo plazo en el estado de Rio de Janeiro es del 18,2% y la contención no se asocia significativamente con el síndrome de inmovilidad ($p = 0,202$ del test de Chi-cuadrado). Típicamente esta restricción se produce en el lecho de hospital (45,5% de los casos), el tipo de restricción es la rejilla en el lecho del hospital (45,5%) de los casos. La principal justificación para el uso de la restricción es el riesgo de caídas (66,7%) y la duración de la restricción, en la mayoría de los casos (84,8%), es de 24 horas. Los resultados muestran que los ancianos contenidos difieren significativamente de aquellos no sólo con respecto a su estado de marcha (valor de $p = 0,000$ de la prueba de chi-cuadrado, sus puntuaciones de KATZ (valor de $p = 0,000$ de la prueba de Mann Whitney), MMSE (P-valor = 0,000 de la prueba de Mann Whitney) y la prevalencia de demencia de Alzheimer, que es significativamente mayor en el grupo de pacientes ($p = 0,001$ de este chi cuadrado). Independiente, es decir, no está correlacionada con el número de camas y el número de profesionales de la institución. **Conclusión:** La prevalencia de restricción mecánica encontrada en la atención a largo plazo fue baja pero significativa con resultados de empeoramiento de la deambulacion, pérdida cognitiva, dependencia para las actividades de la vida diaria y para el diagnóstico de demencia, lo que implica que la adopción de esta práctica puede implicar riesgo de Fragilidad a los ancianos. **Descriptor:** Hogares para Ancianos; Restricción física; prevalencia; Enfermería geriátrica, Salud del anciano.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADL-H – Activities of Daily Life – Hierarchy Scale
AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BARTHEL – Escala de Atividade de Vida Diária
CM – Contenção Mecânica
CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMAI – Cohen-Mansfield Agitation Inventory
CSDD – Cornell Scale For Depression in Dementia
FDA – Food and Drug Administration
ILPI – Instituição de Longa Permanência Para Idosos
ICC – Índice de Comorbidade de Charlson
KATZ - Escala de Atividade Básica de Vida Diária
LAWTON - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEEM – Mini exame do Estado Mental
MPRJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
PUBMED - United States National Library of Medicine
RAI-MDS – Resident Assessment Instrument Minimum Data Set
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TREC - Translating Research in Elder Care
TUG – Time-up Get Up and Go
UFF – Universidade Federal Fluminense
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade
LPP – Lesão Por Pressão
WHO - World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

Figura 1 -	Fluxograma de seleção dos artigos do estudo. MPEA/UFF. Rio de Janeiro, 2016	34
Figura 2 -	Distribuição de frequências da Classificação de Acessibilidade das Instituições	41
Figura 3 -	Distribuição de frequências da Classificação do Plano de Atividades das Instituições	42
Figura 4 -	Distribuição de frequências da Prescrição de Medicamentos	42
Figura 5 -	Prevalência de contenção de idosos nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro	43
Figura 6 -	Prevalência de contenção de idosos nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro, sem considerar grade no leito como contenção	44
Figura 7 -	Prevalência de contenção sem considerar a grade no leito como contenção, em cada uma das instituições da amostra	45
Figura 8 -	Boxplot das distribuições dos escores KATZ nos grupos de idosos não contidos e contidos.	49
Figura 9 -	Boxplot das distribuições dos escores MEEM nos grupos de idosos não contidos e contidos.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos, Brasil, 2016.	28
Tabela 2 -	Descrição conceitual e operacional das variáveis do estudo. Niterói-RJ 2016.	35
Tabela 3 -	Principais Estatísticas das variáveis das variáveis de composição profissional e ocupacional.	41
Tabela 4 -	Total de idosos em cada instituição, número de idosos contidos, e prevalência de contenção em cada instituição.	43
Tabela 5 -	Total de idosos em cada instituição, número de idosos contidos, e prevalência de contenção em cada instituição	45
Tabela 6 -	Distribuições de frequências de caracterização da contenção nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro.	46
Tabela 7 -	Distribuição das características de idosos não contidos e contidos.	47
Tabela 8 -	Correlação das comorbidades nos grupos de idosos contidos e não contidos	50
Tabela 9 -	Descrição dos Casos de Lesões por Pressão dos Pacientes.	51
Tabela 10 -	Características do número de leitos e profissionais em cada instituição.	52
Tabela 11 -	Matriz dos coeficientes de correlação de Spearman entre o número de funcionários e o número de contidos das instituições.	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO	14
1.2 PROBLEMÁTICA	14
1.3 PERGUNTA DO ESTUDO	19
<u>Hipótese Nula</u>	19
<u>Hipótese Alternativa</u>	19
1.4 OBJETIVO GERAL	19
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 DO ASILO A INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	20
2.2 SÍNDROMES GERIÁTRICAS E A OCORRÊNCIA DE CONTENÇÃO	25
2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA PRÁTICA DE CONTENÇÃO	27
2.4 CONTENÇÃO MECÂNICA EM ILPIS: REVISÃO INTEGRATIVA	31
3. MÉTODO	47
3.1 DESENHO DO ESTUDO	47
3.2 LOCAL DE ESTUDO	47
3.3 PARTICIPANTES	49
3.4 TAMANHO DA AMOSTRA	49
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	50
3.6 VARIÁVEIS	52
3.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	55
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	56
4. RESULTADOS	58
4.1 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA	58
4.2 PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO	60
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA CONTENÇÃO	63
4.4 PERFIL DOS IDOSOS CONTIDOS E DOS IDOSOS NÃO CONTIDOS	64

5. DISCUSSÃO	71
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	76
6. CONCLUSÃO	78
7. PRODUTOS	80
REFERÊNCIAS	83
 Anexos	
ANEXO 01	92
ANEXO 02	98
ANEXO 03	100
 Apêndices	
APÊNDICE A	101
APÊNDICE B	103

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO

O tema em estudo trata da “Prevalência da contenção mecânica em idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado do Rio de Janeiro”. Grande parte desse interesse nasceu da oportunidade de conhecer o trabalho do “Grupo Tríplice Aliança” do qual agora sou membro, grupo sem fins lucrativos ou institucionais que difundem a ideia: “Pela cultura de não contenção da pessoa idosa dependente”, formado por profissionais da área de gerontologia da Itália, Brasil e Argentina⁽¹⁾.

Esse interesse foi ampliado pela inserção profissional no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, na qualidade de Perito do Grupo de Apoio Técnico Especializado (GATE) como fiscal de Instituições de Longa Permanência para Idosos, atividade que contribui para garantir os direitos sociais dos idosos⁽²⁾.

Ainda, o interesse pelo estudo foi motivado pela ausência de estudos no Brasil que registrasse a ocorrência da contenção em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Assim, com a realização desse estudo espera-se fortalecer com dados confiáveis a divulgação científica “Pela Cultura de não contenção de idosos” em ILPIs, e contribuir para a delimitação de ações que se ajustem a realidade brasileira.

1.2 PROBLEMÁTICA

A contenção viola os direitos humanos, a Organização Mundial de Saúde, define a violência como um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais⁽³⁾. Esse conjunto de termos se refere aos abusos físicos, psicológicos e sexuais, assim como a abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência.

A negligência é a violência mais presente entre os idosos, considerada como a recusa, omissão ou fracasso, é uma das formas de violência mais presentes tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país, dela advêm, frequentemente, lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa⁽³⁻⁴⁾.

A contenção viola além da dignidade do idoso, o direito constitucional a liberdade, expresso em nossa constituição federal no artigo 5º: III- *Ninguém será submetido a tortura nem tratamento desumano ou degradante*⁽⁵⁾. Ainda mais, se tratarmos do Cuidado de enfermagem ofertado nas Instituições de Longa Permanência – conceituados como “Cuidados de longa duração” que podem ser definidos como um conjunto de serviços de saúde, sociais e pessoais prestado por um período contínuo de tempo a pessoas que perderam ou nunca tiveram certo grau de capacidade funcional⁽⁶⁾. Ou seja, pautado no cuidado reabilitante, promotor de independência e autonomia, um cuidado contínuo, ofertado no ambiente institucional, mas com uma filosofia de residência assistida, e por isso, a vontade do sujeito, a liberdade, são premissas teórico-práticas fundamentais.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE corrobora com essa perspectiva ao considerar os Cuidados de longa duração como “uma política transversal que inclua um conjunto de serviços para pessoas que dependam de ajuda para AVDs por um longo período de tempo”⁽⁷⁾. Estimam-se que para os países-membros da OCDE, estes correspondem a aproximadamente 80% dos cuidados demandados pelos idosos com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVDs⁽⁷⁾.

Nos programas de Cuidados de longa duração devem ser incluídos reabilitação, serviços médicos básicos, residência e outros serviços, como transporte e alimentação, além de ajuda para a realização das atividades básicas da vida diária (AVD)⁽⁶⁾. Atualmente, os cuidados de longa duração podem ser subdivididos em três principais modalidades: cuidados institucionais, referentes à internação dos indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs); cuidados formais intermediários, referentes aos centros-dia e hospitais-dia; cuidados domiciliares formais, isto é, aqueles prestados por enfermeiros, cuidadores formais e/ou acompanhantes etc.; e cuidados informais, normalmente entendidos como aqueles realizados pelos próprios familiares⁽⁶⁾.

Idosos muito idosos demandam tanto cuidados pessoais quanto cuidados médicos propriamente ditos. Os cuidados de longa duração costumam situar-se na interseção entre

as políticas de saúde e políticas assistenciais, pois além de apresentarem algumas peculiaridades próprias a cada uma das áreas, são sutis as diferenciações existentes entre o curar e o cuidar⁽⁷⁾. Com bases nessas definições é correto afirmar que o cuidado realizado em ILPIs é por definição, um cuidado de longa duração.

Logo, ao ponderar a contenção mecânica como uma suposta prática de enfermagem nas ILPIs deve-se superar a questão para além da violação dos direitos dos idosos. E sobrepor-se, para a necessidade de se questionar quais são os cuidados de enfermagem ali requeridos, em qual perspectiva o cuidado de enfermagem concebe a visão da pessoa, do ambiente, da saúde e da enfermagem. E como vimos, o Cuidado de longa duração pode auxiliar nessa perspectiva.

A utilização da contenção mecânica pode ser considerada secular⁽⁸⁾. Existem diferentes formas de contenção mecânica, tais como barras laterais nos leito, cintos de tronco e de membros, coletes de tronco, mesas fixadas em cadeiras que impedem a pessoa de se levantar, dentre outras⁽⁹⁾. Além disso, a definição de contenção pode ser considerada polissêmica. Ou seja, diferentes significados para uma mesma definição, se considero ou não a grade no leito como um tipo de contenção; se considero a mecânica e a mecânica como diferentes, ou seja uma usa o corpo do sujeito, a outra usa de meios para conter. Essas e outras questões estão envolvidas na conceituação sobre o que seria considerado contenção.

Nesse estudo, optou-se por considerá-la como qualquer método manual ou físico, equipamento mecânico, ou material anexado; ou adjacente ao corpo do indivíduo; que o indivíduo não possa retirar facilmente; que restringe a liberdade ou movimento ou acesso normal ao próprio corpo, inclusive as grades do leito⁽¹⁰⁾.

Não há dados no Brasil sobre a prática de contenção mecânica em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), a literatura internacional descreve uma variação entre 15% a 66%, dependendo do tipo, na maioria dos casos são utilizadas por um período de mais de 03 meses, e como medida de rotina institucional⁽¹⁰⁾.

Em um estudo multicêntrico realizado em 2006 relata-se uma prevalência de contenção mecânica em ILPIs que variava entre 4% a 85%, com o perfil geralmente de idosos com incapacidades funcionais, alta dependência nas atividades de vida diárias, problemas de mobilidade, distúrbios cognitivos, problemas de comportamento e múltiplas quedas⁽¹¹⁾. Além disso, a defasagem de profissionais na assistência e pedidos dos familiares

para realizar a contenção mecânica podem influenciar o método e a decisão de realizar, ou não, a contenção mecânica⁽¹¹⁾.

Em uma revisão do Instituto Joanna Briggs sobre a temática realizada em 2010, foi identificado que a taxa de prevalência de contenção mecânica em ILPIs na Austrália variou de 12 a 47%⁽¹²⁾. Os estudos descreveram que o motivo mais comum para realizar contenção mecânica em idosos foi a segurança e a prevenção de danos. Apontam também que em 50% dos artigos encontrados a contenção mecânica dos pulsos é a forma mais comum, seguido da contenção pela cintura ou cinto de segurança 25% e o colete de contenção no peito 22%⁽¹²⁾.

É importante ressaltar que existem grandes variações das taxas de prevalência sobre a contenção mecânica, pois alguns estudos excluem as barras ou grades no leito como método de contenção mecânica. Apesar de alguns estudos serem enfáticos que sua adoção é um meio de contenção, outros estudos acreditam ser apenas um dispositivo de segurança, daí advém uma controvérsia conceitual e estatística.

Outro estudo também de 2006 apontou que 49% dos enfermeiros realizaram contenção mecânica por acreditarem que a ILPI tem a responsabilidade legal de manter a segurança do paciente⁽¹³⁾. Corroborando com os dados de relatos de enfermeiros que afirmaram utilizar a contenção mecânica predominantemente para a segurança do paciente, principalmente para a prevenção de quedas⁽¹⁰⁾. Outras razões para o uso de contenção apontados pela literatura incluem controle do comportamento agressivo e/ou desafiador e utilização segura dos dispositivos de saúde (cateteres, sondas e dispositivos invasivos)⁽¹⁴⁾.

Entretanto, existem evidências científicas que demonstram que o uso de contenção mecânica não é uma medida de segurança adequada para reduzir quedas ou para controlar o comportamento agressivo e/ou desafiador^(9,15). O uso de contenção mecânica se relaciona com efeitos adversos negativos, como: lesões no corpo, braços, pernas e troncos, fraturas, lesões isquêmicas nas mãos e braços, contusão, luxação dos membros, diminuição da mobilidade mecânica, aumento da agitação, delirium, lesão por pressão, dupla incontinência, fraturas de quadril, problemas respiratórios, constipação intestinal, desnutrição, aumento da dependência nas AVDs, diminuição na força muscular e equilíbrio, diminuição da resistência cardiovascular, aumento do risco de morte causada por estrangulamento ou lesões sérias, como exemplo, traumas no crânio, fraturas e morte por asfixia⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

A associação entre contenção mecânica, déficit cognitivo e o comportamento agressivo foi evidenciada em alguns estudos⁽¹⁹⁻²¹⁾. Outro estudo identificou cinco fatores precipitantes para o surgimento do quadro de *delirium* em pacientes idosos, são eles: uso de contenção mecânica, má nutrição, uso de sonda vesical, prescrição com mais que três medicamentos e eventos iatrogênicos⁽²²⁾. Sabe-se que a uma avaliação deficiente e o não tratamento de *delirium* podem favorecer aos episódios de agressividade e agitação, por isso sua associação com a contenção mecânica tem sido relevante.

Em uma busca na literatura brasileira pelo descritor restrição mecânica/restrição mecânica/contenção e idosos foram encontrados 57 artigos. Porém, apenas dois artigos abordavam a restrição mecânica em idosos, os demais abordavam o tema na psiquiatria. Os dois artigos eram provenientes de dissertações de mestrado da Universidade Federal da Bahia.

O primeiro, intitulado “Efeitos decorrentes da restrição mecânica no doente”, do ano de 1982, procurou investigar as alterações mecânicas e emocionais decorrente do emprego da contenção em doentes internados em unidades de internação de cuidados intermediários (médicas e cirúrgicas) utilizando uma população de 90 doentes de ambos os sexos. O estudo evidenciou a ocorrência de efeitos físicos e emocionais, nocivos ao doente, decorrentes do uso da restrição mecânica; a despeito de sua ampla aceitação e utilização pela equipe de enfermagem. Sugere-se, em consequência, o emprego de uma assistência de enfermagem individualizada e qualificada de maneira a evitar o uso indiscriminado da restrição mecânica⁽²³⁾.

O título do segundo estudo é a “Restrição da mobilidade no paciente idoso”, de 1993, esse trabalho procurou determinar o índice de ocorrência da restrição da mobilidade em idosos clínicos internados no centro geriátrico de um hospital filantrópico da cidade de Salvador-Bahia, no período de março a maio de 1993. O estudo procurou identificar a correlação entre restrição da mobilidade e fatores demográficos, fisiopatológicos, ambientais e decorrentes de acidentes relativos ao idoso. Os resultados evidenciaram um percentual elevado de restrição da mobilidade na velhice (65%). Verificou-se ainda que idade, sexo, local em que passa maior parte do dia, acuidade visual, percepção da segurança do piso e iluminação do ambiente foram as variáveis que se mostraram associadas à restrição da mobilidade na velhice⁽²⁴⁾.

Portanto, considera-se que há uma lacuna no conhecimento produzido no Brasil e

na América Latina sobre a prática de contenção mecânica em idosos residentes em ILPIs, em detrimento da busca realizada em outras bases que será aprofundada no capítulo seguinte, o que ratifica a importância desse estudo.

1.3 PERGUNTAS DO ESTUDO

Qual a prevalência da contenção mecânica em idosos residentes em instituições de Longa Permanência para Idosos?

Acredita-se que ao identificar possíveis associações e risco podem-se construir estratégias de treinamento e difusão de práticas reabilitantes, de funcionalidade, em detrimento da cultura de contenção.

Hipótese Nula

Não existem fatores associadas à prática de contenção.

Hipótese Alternativa

Existe fatores associados prática de contenção.

1.4 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos no Estado do Rio de Janeiro.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a prática de contenção em ILPIs.

Investigar se existem fatores associados à prática de contenção.

Produzir material informativo aos promotores de justiça sobre a contenção de idosos e a violação de direitos humanos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DO ASILO À INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

O cuidado asilar é apontado como a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do seu convívio familiar. Descrito como uma das alternativas encontradas para o cuidado com o idoso dependente, aquele com dificuldades ou impossibilidade de prover o próprio cuidado, seja por deficiência mecânica ou cognitiva, ou por falta de rendimentos para o seu sustento, eram os chamados asilos^(6,25).

O historiador Jean-Pierre Bois⁽²⁶⁾ atribui à ruptura dos laços comunitários, com a transição do feudalismo ao capitalismo e formação das vilas e cidades, o surgimento de casas de cuidado coletivo. Segundo o autor, nessa época não era possível ter instituições de cuidados com os idosos, simplesmente porque os idosos não constituíam uma categoria social; eles eram invisíveis como grupo devido à sua baixa proporção dentro da população. O que existia era uma categorização entre ocupação e desocupação; na categoria de desocupados encontravam-se os idosos pobres, uma vez que os ricos continuavam cuidados no seio de suas famílias⁽²⁶⁾.

Ao longo dos séculos XIV e XV, na Alemanha, primeiro, depois em Flandres (Holanda) e na Itália, instituições de caridade se multiplicaram para cuidar dos pobres que não tinham lugar na estrutura burguesa emergente. Na Inglaterra Elisabetana (séc. XVI), com a promulgação das *Poor Laws*, que responsabilizavam o governo pelo cuidado com os pobres e mendigos, as *Almshouses* proliferaram e se fortaleceram, em sua missão de abrigar os necessitados: mendigos, órfãos, loucos, idosos, excluídos de maneira geral, o que auxiliou na multiplicação da referência negativa a este tipo de instituição que persiste até a atualidade⁽²⁵⁾.

No Brasil, um dos primeiros asilos de que se tem notícia, voltados exclusivamente para a população idosa, foi criado em 1890, no Rio de Janeiro: a Fundação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. Ela trabalhava para que os idosos fossem identificados como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dela um alvo das preocupações sociais. No entanto, funcionava como um mundo à parte, isolado do que acontecia no restante da cidade⁽²⁵⁾. O Asilo São Luiz, que começou abrigando idosos pobres dentro da ótica filantrópico-assistencialista do século XIX, passou, a partir de 1909, a manter uma ala que se destinava àqueles que podiam pagar uma

mensalidade. Hoje é considerado como uma instituição para idosos de alta renda⁽²⁶⁾.

Antes dele, encontra-se referência a um asilo destinado a soldados, a “Casa dos Inválidos”, inaugurada no Rio de Janeiro, em uma chácara nas esquinas da Rua do Lavradio com Rua do Senado, especialmente construída para este fim⁽²⁴⁾. Criada em 1797 pelo Conde de Resende, quinto Vice-Rei do Brasil, que na carta dirigida a Lisboa afirma sua intenção de destinar a casa “aos Soldados velhos, que pelos seus serviços se fazem dignos de uma descansada velhice”. Sua história foi curta, sendo seus residentes transferidos no início do século seguinte para a Santa Casa⁽²⁶⁾.

Com esse breve histórico dos asilos no mundo e no Brasil é possível observar que os asilos geralmente eram instituições ligadas à caridade e serviam para retirar da sociedade pessoas já marginalizadas como velhos, doentes mentais, pobres, prostitutas; pessoas que deveriam ficar isoladas da sociedade. Por isso, é comum imagens negativas e preconceitos, do tipo frases descritas popularmente como “depósito de idosos à espera do tempo de morrer”⁽⁶⁾. Para Born, na sociedade brasileira, os asilos lembram pobreza, negligência e abandono do idoso pelas famílias⁽⁶⁾. Sentimentos recorrentes de culpa e fracasso que são enfrentados por famílias que conduziram seus idosos para residir neste tipo de instituição⁽⁶⁾.

Aspectos histórico da construção social das instituições foi descrita pelo célebre autor Goffman que as denominam como Instituições Totais⁽²⁷⁾.

“as instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões “adultas”, autonomia e liberdade de ação. A impossibilidade de manter esse tipo de competência executiva adulta, ou pelo menos, os seus símbolos, pode provocar no internado o horror de sentir-se radicalmente rebaixado no sistema de graduação de idade”

O conceito de instituição se caracteriza por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, no qual um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral e em contra partida a equipe dirigente exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição⁽²⁷⁾.

Goffman ainda classificou as instituições totais em cinco grandes grupos: o primeiro seria criado para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas, tais como cegos, idosos, órfãos; o segundo seria criado para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça a

comunidade, embora de maneira não intencional, tais como sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais leprosários; o terceiro seria criado para proteger a comunidade contra perigo internacionais e o bem estar das pessoas assim isoladas não constitui problema imediato, tais como cadeias e penitenciárias; o quarto grupo criado com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais, tais como quartéis e escolas internas; por último, o quinto grupo seria a criação de estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para religiosos, tais como mosteiros e conventos⁽²⁷⁾.

Mas o grande cerne das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras e a união das três esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar, sendo elas realizadas no mesmo local sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, obrigadas a fazerem as mesmas coisas em conjunto, em horários rigorosamente pré-determinados por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Os internados de instituições totais têm todo o dia determinado e todas as suas necessidades essenciais planejadas pela equipe dirigente⁽²⁷⁾.

A separação entre o internado e o mundo externo, a perda do seu nome, a obrigação de realizar uma rotina diária de vida que considera estranha a ele, aceitar um papel com o qual não se identifica e a violação da fronteira entre o ser e o ambiente, perdendo, assim, sua privacidade, compõem algumas das mutilações e *mortificações do eu* nas instituições totais. Assim ao entrar, o indivíduo sofre uma série de degradações e humilhações do eu, passando por progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativas para ele⁽²⁷⁾.

Dessa forma, o processo de mortificação, apresentar três problemas gerais das instituições totais: o primeiro refere-se ao fato de as instituições totais perturbarem as ações que na *sociedade civil* o indivíduo possui certa autonomia para desempenhar, por exemplo, mas esta sempre acompanhado por alguém da equipe dirigente, até mesmo em ações simples do cotidiano, a impossibilidade de manter esse tipo de competência executiva adulta pode provocar no internado o horror de sentir-se radicalmente rebaixado no sistema de idade, na maioria dos casos os internados tendem a apresentar uma renúncia à sua vontade; o segundo problema tende a colocar as instituições totais e seus internados

em três agrupamentos distintos, considerando as justificativas para os ataques do eu, os internados bem como os diretores buscam essas reduções do eu de forma que a mortificação seja complementada pela auto mortificação, as restrições pela renúncia, as pancadas pela autoflagelação, a inquisição pela confissão, assim, as várias justificativas para a mortificação do eu são muito frequentemente simples racionalizações, criadas por esforços para controlar a vida diária de grande número de pessoas em espaço restrito e com pouco gasto de recursos, também as instituições totais mostram-se fatais para o *eu civil* do internado; por fim, o terceiro e último problema é a relação entre esse esquema simbólico de interação para a consideração do destino do eu e o esquema convencional, psicológico, centralizado no conceito de tensão, a mutilação ou mortificação do eu tendem a incluir aguda tensão psicológica para o indivíduo, mas para um indivíduo desiludido do mundo ou com sentimento de culpa, a mortificação pode provocar alívio psicológico⁽²⁷⁾.

As ILPIs brasileiras que ainda seguem esse padrão de instituição total, na qual idosos, mesmo que independentes, lúcidos e orientados são proibidos pela instituição de sair da ILPI sem a “autorização” de seus familiares ou responsáveis; traz para a ILPI e para o idoso institucionalizado a lógica de tutela, como se faz com crianças que necessitam de autorização dos seus responsáveis legais. Deve-se lembrar que o idoso que busca a ILPI por conta própria e é independente, orientado e goza de suas faculdades mentais plenas pode decidir e deve decidir o que fará da sua vida. O idoso institucionalizado não perde seus direitos e capacidades decisórias, sendo assim, não devemos perpetuar esse modelo que diminui a capacidade de tomada de decisão do idoso, pois assim, perpetuamos velhos arquétipos, nos quais o idoso não é participante da sua própria vida.

Adentrar em um ILPI não deveria ser entendido como rompimento com o mundo exterior, mas sim como mais um espaço de cuidado da sociedade moderna. Estar em uma ILPI não deve ser uma escolha que limite o idoso e os seus direitos e sim uma escolha que trará para este idoso novas possibilidades, novos relacionamentos e novos modos de encarar a vida. A ILPI deve estar aberta para se relacionar com a cidade e com os cidadãos, não devendo ser um depósito de pessoas idosas esperando a morte.

As ILPIs devem ser concebidas como diferentes de hospitais ou asilos, mas que consistem de residências coletivas, com regras de convivência e lógica de operação que varia de acordo com seu público. Mas cada vez mais, cuidam de pessoas com fragilidades mecânicas e cognitivas, em diversos graus de severidade. Por esse crescimento em realizar

uma função híbrida de prestação de moradia (assistência social) e prestação de serviços de saúde (assistência clínica), passou-se a adotar no Brasil a denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, que foi sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Isso significa que a ILPI integra também a rede de assistência social e integra a rede de saúde, por esse caráter híbrido a adoção dessa nova nomenclatura⁽⁶⁾.

Esta denominação é uma adaptação do termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde, o Long-Term Care Institution. Apesar de não ser literal, já que, a prevalecer à designação em inglês, a expressão deveria ser Instituição de Cuidados Prolongados ou de Cuidados de Longa Duração ^(6,25).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, em sua Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 283 de 26 de setembro de 2005 considera ILPI “3.6 – Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.” Ainda no teor desta RDC estão definições a respeito de cuidadores de idosos, dependência do idoso, equipamentos de autoajuda, grau de dependência I, II e III e definição sobre indivíduo autônomo. E contemplam ainda os tópicos de organização, recursos humanos, infraestrutura mecânica, processos operacionais gerais, processos operacionais de saúde, processos operacionais de alimentação, processos operacionais de lavagem, processamento e guarda de roupas, processos operacionais de limpeza, sobre questões de notificação compulsória, eventos sentinelas e sobre o monitoramento e avaliação do funcionamento das instituições⁽²⁸⁾.

Cabe aqui ressaltar que mesmo com o estabelecimento de uma nomenclatura única que significasse a mesma coisa em todo o território nacional; existem ILPIs muito diferentes umas das outras em todo o território nacional. Há ILPIs de caráter hoteleira, assim como existem ILPIs que são de caráter social e o único objetivo é a moradia dos idosos. Existem também ILPIs mais focadas em cuidados de saúde, com equipes multidisciplinares e com práticas hospitalares de qualidade focada em receber idosos com alto grau de dependência e/ou com problemas de cognição avançado. Por outro lado, existem ILPIs que são grandes condomínios exclusivos de idosos independentes e autônomos que escolheram ficar em um ambiente protegido, mas que ofereça atividades

coletivas, acessibilidade, atividades intergeracionais, alimentação equilibrada e convivência com pessoas da mesma idade, dentre outras comodidades.

Por essa variabilidade, compreende-se as lutas e as contradições no oferecimento de serviços gerontológicos em nossa sociedade. E o caminho longo a se percorrer para despontarmos de uma prática intrinsecamente asilar para uma prática de promoção de cuidados prolongados.

2.2 SÍNDROMES GERIÁTRICAS, FRAGILIDADE E IMOBILIDADE COMO PREDITORES DA OCORRÊNCIA DE CONTENÇÃO

As grandes síndromes geriátricas foram descritas por John Bernard Isaacs, em 1965. No início, foram incluídas somente a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade e a incontinência. Mais tarde, Isaacs acrescenta a iatrogenia⁽²⁹⁾.

A família é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do indivíduo reduzindo ou exacerbando suas incapacidades. Surge, portanto, a incorporação da incapacidade comunicativa e da insuficiência familiar nas grandes síndromes geriátricas⁽²⁹⁾.

Entretanto, no contexto do diagnóstico e do tratamento das manifestações de velhice patológica, mais especificamente para caracterizar os idosos mais debilitados e vulneráveis, geriatras e gerontólogos, nos últimos 20 anos, vêm utilizando o termo fragilidade⁽²⁹⁾. Foi apenas a partir da década de 1980 que o termo fragilidade apareceu na literatura da área de saúde do idoso para designar indivíduos em precárias condições funcionais⁽³⁰⁾. Desde então, as referências bibliográficas sobre o assunto vêm crescendo de maneira exponencial, partindo de umas poucas no início daquela década para muitas centenas por ano nos últimos dez anos⁽³⁰⁾. Segundo a definição de fragilidade pode ser originada de três fontes classificatórias distintas: 1) dependência nas atividades de vida diária (AVDs) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs); 2) vulnerabilidade aos estresses ambientais, às patologias e às quedas, e 3) estados patológicos agudos e crônicos⁽³⁰⁾.

Pode-se ainda compreender como aquele sujeito dependente de outros ou sob risco substancial de dependência e outros desfechos de saúde adversos; pode ser visto, ainda, como aquele que apresenta perda das reservas fisiológicas; ou o que tem muitas doenças

crônicas – comorbidades – e problemas médicos e psicossociais complexos, além de apresentações atípicas de doenças; ainda, algumas descrições se pautam nos indivíduos que apresentam envelhecimento acelerado sendo, portanto, candidatos a programas especializados de geriatria⁽²⁹⁾.

A síndrome da fragilidade vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas e seus conceitos vêm sofrendo modificações. Associada inicialmente com incapacidade funcional e comorbidade, hoje se sabe que ela é uma entidade à parte, na qual nem todo indivíduo frágil é incapaz ou apresenta comorbidades e vice-versa⁽³⁰⁾.

A Fragilidade pode ser considerada uma vulnerabilidade fisiológica associada ao envelhecimento resultante de uma reserva homeostática reduzida e uma dificuldade do organismo em responder adequadamente ao estresse, um conjunto de declínios através de múltiplos sistemas que são altamente prevalentes na população idosa e associadas a graves consequências. Esta definição foi baseada em trabalhos que sugeriram que, embora se tratasse de acometimento inespecífico, envolvendo redução multissistêmica da reserva funcional, suas manifestações clínicas estão associadas, principalmente, ao acometimento da reserva funcional de alguns sistemas orgânicos – sarcopenia, disfunção neuroendócrina e alterações imunes – envolvidos em uma espiral de perdas cumulativas⁽³⁰⁾.

O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do paciente. O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Todavia, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso⁽³⁰⁾. O diagnóstico de síndrome de fragilidade baseia-se na presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade mecânica e lentificação da marcha⁽³⁰⁾.

Esse fenótipo da fragilidade ou “*frailty*” está presente em cerca de 10% dos idosos e é maior com o aumento da idade, no sexo feminino, em pessoas com baixo nível socioeconômico, na presença de comorbidades, particularmente, o *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares, respiratórias e osteoarticulares⁽³⁰⁾. Nessa classificação há uma excessiva valorização da mobilidade, subestimando-se a importância de outros determinantes da funcionalidade global (cognição, humor e comunicação), além de outros indicadores de mau prognóstico, como a presença de polipatologia, polifarmácia,

internação hospitalar recente, idade avançada e risco psico sócio familiar elevado (insuficiência familiar)⁽²⁹⁾.

O conceito de imobilidade é muito variável. A mobilidade está intrinsecamente associada ao movimento ou deslocamento no espaço, possibilitando a independência do indivíduo. Por imobilidade entende-se qualquer limitação do movimento. Representa causa importante de comprometimento da qualidade de vida⁽³¹⁾. O espectro de gravidade é variável e, frequentemente, progressivo.

A classificação do período de repouso é caracterizada por 7 a 10 dias, de 12 a 15 dias período de imobilização e acima de 15 dias decúbito de longa duração⁽³¹⁾. No grau máximo de imobilidade, conhecido como síndrome de imobilização ou da imobilidade completa, o idoso é dependente completo e, usualmente, apresenta déficit cognitivo avançado, rigidez e contraturas generalizadas e múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, lesão por pressão. Muitas das desordens são reversíveis, mas quanto maior o período de imobilização mais difícil será a sua reabilitação. E, a cada grau acentuará a necessidade de cuidados em tempo integral⁽³²⁾.

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA PRÁTICA DE CONTENÇÃO FÍSICA

A contenção tem sido realizada nas práticas de enfermagem e nas práticas médicas desde os séculos XVII e XIX na Europa. Existe uma íntima relação entre a história da contenção mecânica e da psiquiatria. Durante os anos da férrea prática disciplinar na conduta clínica dos moldes manicomiais, um vasto arsenal de instrumentos coercitivos e violentos foi empregado no atendimento a indivíduos com transtorno mental⁽³³⁾.

Com a institucionalização da doença mental, a equipe de enfermagem recebeu a função de manter a ordem dos hospícios e, para tanto, utilizava a força física e as medidas restritivas como instrumento de coerção dos internos, cumprindo ordens médicas. Entre os instrumentos utilizados na história mundial de tratamento à pessoa com transtorno mental encontra-se o enfaixamento, o grupo de oito, o casulo, a camisa de força, o lençol de contenção e o cubículo/cela⁽³³⁾.

Instrumentos de contenção mecânica, como correntes de ferro fixadas às paredes para prender os pacientes mais inquietos pelos pulsos e tornozelos, podendo vir acompanhados de colar ou colete de ferro preso com troncos ou barras metálicas (Cintura

de Haslam)⁽³³⁾. O uso de correntes foi bastante utilizado até meados de 1794; a partir daí começou a declinar e, posteriormente deu lugar às contenções com cordas como se usava, por exemplo, na crucificação. Nela havia o cruzamento de cordas grossas, uma das quais era fixada verticalmente do teto ao solo e a outra horizontalmente às paredes. A pessoa com transtorno mental ficava de pé, preso pela cintura ao cruzamento das cordas com os braços abertos e os pés amarrados na corda vertical⁽³³⁾.

No Brasil há registros de que nos porões da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em meados de 1830, os indivíduos com transtorno mental mais agitados eram colocados em troncos, o que era entendido como o único meio de contê-los. Os doentes ficavam deitados no chão, presos ao tronco, e ali passavam os dias e as noites debatendo-se, o que produzia ferimentos graves⁽³³⁾.

Nos últimos anos, visando melhorias dos serviços de atenção à saúde mental, criaram-se normativas que regulamentam as formas de tratamento em saúde mental, sendo que algumas dão parâmetros legais sobre o uso de medidas restritivas. A lei n.º 10.216, de 06/04/2001, menciona o direito do portador de transtorno mental de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. Outra medida importante é conduzida pelo programa nacional de avaliação do sistema hospitalar/psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) desde 2003, no qual há vinte itens referentes à avaliação do tratamento oferecido aos pacientes internos em instituições, entre eles a utilização ou não de medidas de contenção mecânica⁽³⁴⁾.

Dessa forma, com a utilização de técnicas de abordagem e de comunicação terapêutica, bem como de um novo olhar sobre as práticas em saúde mental, o uso de métodos restritivos tendeu a diminuir, ficando a cargo de situações extremas, ou até ser eliminado, conforme é preconizado pelo modelo psicossocial.

O Conselho Federal de Enfermagem-COFEN em sua Resolução COFEN 427/2012⁽³⁵⁾, que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes o seu artigo primeiro versa o seguinte:

Art. 1º os profissionais de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Art. 2º A contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais.

Parágrafo único. Em nenhum caso a contenção mecânica de paciente será

prolongada além do período estritamente necessário para o fim previsto neste caput deste artigo.

Art. 3º É vedado aos profissionais da Enfermagem o emprego de contenção mecânica de pacientes com o propósito de disciplina, punição e coerção, ou por conveniência da instituição ou da equipe de saúde.

Art. 4º Todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente. Neste mesmo artigo, detalha:

§ 1º Quando em contenção mecânica, há necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, de dados vitais e de condições de pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora.

§ 2º Maior rigor no monitoramento deve ser observado em pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes.

Portanto, prevê o uso desta prática em vulneráveis e a necessidade de avaliar riscos e prevenir danos. A resolução⁽³⁵⁾ ainda orienta para atenção ao registro detalhado da contenção, avaliando pontos fundamentais para o raciocínio crítico do emprego da contenção:

Art. 5º - Todos os casos de contenção mecânica de pacientes, as razões para o emprego e sua duração, a ocorrência de eventos adversos, assim como, os detalhes relativos ao monitoramento clínico, devem ser registrados no prontuário do paciente.

Não obstante as violações físicas, biológicas e psíquicas propiciadas pela contenção de idosos nas ILPIs, esta prática ainda representa uma grave afronta aos direitos fundamentais amplamente assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988⁽⁵⁾.

Inicialmente, percebe-se que a contenção de idosos viola o consagrado direito fundamental da dignidade da pessoa humana, expressamente previsto no artigo 1º, inciso III da CRFB/88:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

III - a dignidade da pessoa humana

Este princípio fundamental diz respeito a um valor moral e espiritual inerente aos seres humanos. Isto porque todos são dotados desse preceito, o qual constitui o princípio máximo do estado democrático de direito.

Neste contexto, deve-se observar que a dignidade da pessoa humana não se

restringe apenas ao âmbito jurídico, pois visa embasar uma heterogeneidade de valores existentes na sociedade. Trata-se de um conceito que deve ser adequado as constantes evoluções advindas das necessidades dos seres humanos.

Nesta linha, Sarlet⁽³⁶⁾ conceitua a dignidade da pessoa humana:

temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos⁽³⁶⁾.

É relevante mencionar que o reconhecimento da dignidade é essencial a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis, é o fundamento da liberdade, da justiça, da paz e do desenvolvimento social.

Assim, a contenção de idosos, seja ela mecânica, química ou ambiental, desafia a dignidade da pessoa humana, uma vez que não pode se falar em liberdade, paz ou desenvolvimento de uma pessoa que se encontra contida.

Isto porque a prática de contenção infringe o direito à liberdade expressamente assegurado pelo artigo 5º, caput, da CRFB/88, o qual versa sobre a garantias e direitos fundamentais de todos os seres humanos, incluindo, logicamente, a pessoa idosa, *in verbis*:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade⁽⁵⁾.

Além disso, a prática de contenção viola o direito de ir e vir, disposto no artigo 5º, inciso XV da CRFB/88, uma vez que à pessoa contida não é facultado o direito de se locomover da forma que lhe convir:

XV - e livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens⁽⁵⁾;

Neste sentido, é importante destacar que além de os direitos fundamentais estarem amplamente previsto pela Constituição Federal, a qual é hierarquicamente superior a todas as demais leis infraconstitucionais, o Brasil ainda é signatário de Tratados Internacionais

acerca dos direitos fundamentais, como a Convenção Americana de Direitos Humanos/1969⁽³⁷⁾.

2.4 CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar na literatura o uso de contenção mecânica em ILPIs, a prevalência do uso de contenção mecânica em ILPIs e suas repercussões físicas e psicológicas.

A revisão foi conduzida conforme a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA - Statement) uma ferramenta criada para ajudar os autores de revisões sistemáticas ou meta-análises a avaliar os resultados de uma intervenção em saúde, a fim de assegurar uma informação transparente e completa sobre seus resultados.

Como primeira fase do processo para a condução da revisão sistemática, elaborou-se um protocolo de busca contendo (1) pergunta de pesquisa da revisão, (2) critérios de inclusão e exclusão, (3) estratégia de busca, (4) forma de avaliação crítica dos estudos, (5) coleta e síntese dos dados. Essa construção detalhada do protocolo visou garantir que a revisão seja desenvolvida com o mesmo rigor de uma pesquisa.

Para a construção da pergunta de pesquisa recorreu-se à utilização da estratégia PIO, que representa um acrônimo para Pacientes, Intervenção e “Outcomes” (Desfecho):

P – Pacientes idosos em ILPIs

I – Ocorrência de contenção mecânica

O – Mortes e danos físicos

Formulou-se, então, a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a prevalência e desfecho da contenção mecânica em idosos residentes em instituições de Longa Permanência para Idosos?

Os critérios para a inclusão dos artigos foram: artigos científicos publicados no período de 2005 a 2016 que tratassem da taxa de prevalência de contenção.

A limitação de dez anos se deu devido ao grande quantitativo de artigos encontrados nas bases de dados internacionais, sem essa limitação de tempo o trabalho de revisão de literatura não seria realizado em tempo hábil.

Os critério de exclusão foram: artigos que a prevalência era tratada indiretamente

sem descrição metodológica de sua medida, artigos de avaliação de uma intervenção, artigos de revisão, artigos de análise de fatores de risco ou consequências da contenção sem dados da prevalência.

Para identificação dos artigos acerca do assunto, realizou-se busca on-line nas bases de dados *MEDLINE* (Medical Literature and Retrieval System Online) via PUBMED, *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) via BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e *CINAHL* (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) Elsevier Masson French Journals, SCOPUS e via Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), no período de 20/12/2015 a 15/06/2016 utilizando os seguintes descritores: Restrição física, Instituição de Longa Permanência para Idosos, idoso. Em inglês foram usados os seguintes descritores: Restraint physical, long term care, aged. Durante a estratégia de busca utilizou-se o operador booleano AND para realização das associações.

Após a consulta às bases de dados e aplicação das estratégias de busca, foi realizada a seleção dos estudos que, ocorreu primeiramente por meio da leitura dos títulos e resumos. Após pré-seleção, seguiu-se a recuperação dos artigos na íntegra e eliminação dos artigos duplicados.

Para extração dos dados dos artigos, elaborou-se um instrumento de coleta de dados contendo as seguintes informações: dados de identificação do artigo (autores, área de formação, volume, ano de publicação, país, título do periódico, base de dados onde foi encontrado), características metodológicas (objetivo do estudo, tipo de estudo, tamanho e característica da amostra e cenário), descrição dos principais resultados, descrição das conclusões dos autores, limitações. Os 17 artigos incluídos foram avaliados criticamente em relação à autenticidade, qualidade metodológica e a importância das informações, conforme detalhado na Figura 1.

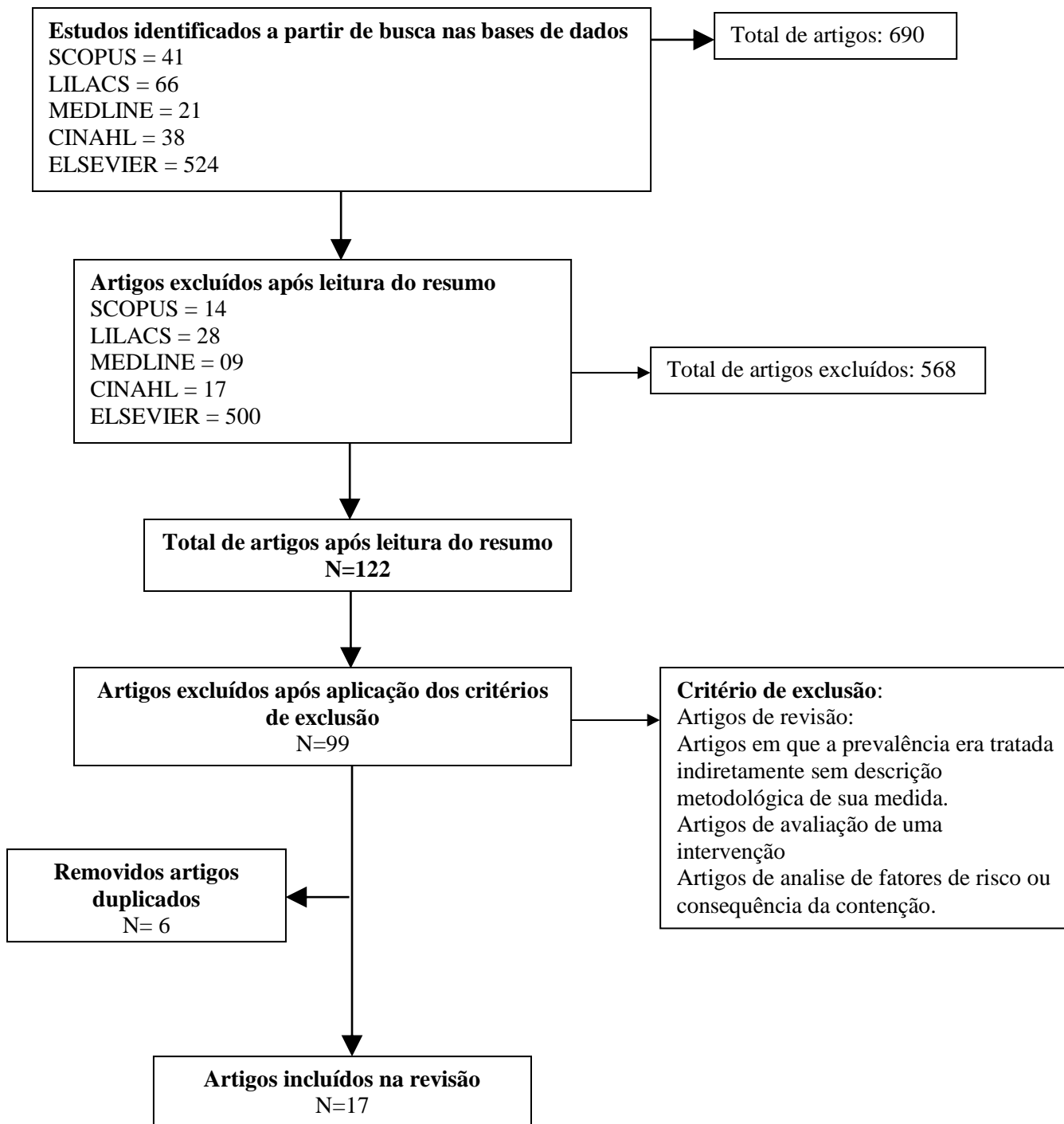


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão sistemática sobre contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos, 2016.

Tabela 1- Descrição dos artigos incluídos na revisão sistemática sobre contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos, Brasil, 2016.

Nº	Autor, ano (referência)	País	Base	Periódico	Objetivo	Método	Principais Resultados
01	Feng et al., 2009 ⁽¹⁹⁾	EUA	CINAHL	International Journal of Geriatric psychiatry	Este estudo compara as diferenças e as diferentes taxas de prevalências sobre contenção mecânica e uso de medicamentos psicotrópicos em ILPIs em vários países. E Verifica também as condições clínicas dos idosos e as características organizacionais das ILPIs e faz uma correlação entre esses dados.	Estudo transversal entre 05 países que participam do inter RAI consortium: Canadá, Finlândia, Hong Kong, Suíça e EUA. Cerca de 14,504 ILPIs participaram do estudo. As taxas de prevalência sobre Contenção Mecânica e uso de medicamentos psicotrópicos foram examinadas por país e entre países.	A prevalência do uso de contenção mecânica variou mais de 05 vezes entre os países, uma média de 6% na Suíça, 9% no EUA, 20% Hong Kong, 28% na Finlândia e mais de 31% no Canadá. Neste artigo foram excluídas as grades laterais dos leitos. Critério de inclusão de contenção mecânica: idoso que use qualquer tipo de contenção mecânica durante a última semana, tipos de contenção mecânica no estudo: Contenção do tronco e membros e cadeira de restrição de movimento.

02	Huang et al., 2014 ⁽¹⁸⁾	Tailândia	CINAHL	JAN- Journal of advanced nursing	Identificar as taxas e os riscos da contenção mecânica em ILPIs na Tailândia.	Foram coletados dados de 178 ILPIs com 5.173 leitos, participaram do estudo 847 idosos, no período de junho a dezembro de 2007. Escala utilizada no estudo MEEM, Barthel, TUG, teste de preensão palmar e equilíbrio e Índice de comorbidade de Charlson.	Dos 847 idosos 257 (62%) dos idosos encontravam-se em contenção mecânica durante o estudo. O motivo principal para o uso de contenção mecânica foi à prevenção de quedas 59%, prevenção da remoção do tubo 15,4%, remoção de cateteres 7%, controle comportamental 6%. Existe uma relação de contenção mecânica relacionada a escore baixo na escala de Barthel. As contenções mecânicas foram mais prevalentes em idosos com diagnóstico médico de AVC 39,7%, demências 36,4%, maior pontuação no ICC 86,5% e com tubos ou cateteres invasivos 26%. Idosos em contenção mecânica desenvolveram mais UPP dos estágios I, II e III do que o grupo livre de contenção mecânica.
03	Verbeek et al., 2014 ⁽³⁸⁾	Holanda	SCOPUS	IPA International Psychogeriatrics	Este estudo é centrado nos efeitos das instalações de menor porte sobre o comportamento dos idosos e uso	Estudo quase experimental comparativo entre ILPIs de menor porte onde o cuidado e a atenção são mais personalizados e	Em ILPIs de pequeno porte as taxas de contenção mecânica foram de 36 idosos em contenção mecânica (30%), ILPIs tradicionais 58 idosos em contenção mecânica (44%). A contenção mecânica com maiores taxas foram às grades nos leitos;

de contenção mecânica e o uso de medicamentos psicotrópicos.

ILPIs tradicionais. Total de participantes 259 idosos; 124 de ILPIs de pequeno porte e 135 ILPIs tradicionais. Foram acompanhados durante 12 meses. Foram avaliados em 03 momentos no início da pesquisa, 06 meses após o início da pesquisa e 12 meses após o início da pesquisa. Escalas utilizadas RAI-MDS, CPS, ADL-H, NPI-NH, CMAI, CSDD. As contenções mecânicas foram agrupadas em 05 tipos contenção mecânica com Cintos (na cama ou Cadeira), Cadeiras de rodas com mesa para o idoso não levantar, cadeira

ILPIs de pequeno porte 29 idosos (24%) e ILPIs tradicional 52 (40%).

					excessivamente reclinada (cadeira de rodas ou cadeira), contenção mecânica com lençol (sleep suits) e grades no leito.		
04	Voyer et al., 2005 ⁽²²⁾	Canadá	SCOPUS	BMC Geriatrics.	O objetivo deste artigo é descrever o fenômeno do comportamento agressivo em idosos em ILPIs.	Estudo transversal. Para determinar a prevalência do comportamento agressivo verbal e físico e identificar fatores de risco para esse comportamento agressivo em ILPIs. Escala utilizada: MOSES. Critérios sobre contenção mecânica: estar em contenção mecânica nas 24 horas anterior a entrevista, as grades no leito não	28 ILPIs participaram deste estudo no Canadá; dos 2232 idosos estudados 1576 (67,6%) não estavam em contenção mecânica, os contidos totalizaram 756 (32,4%). Dos não contidos que apresentaram comportamento agressivo foram 137 (53,1%). O grupo em contenção mecânica que apresentaram comportamento agressivo 121 (46,9%). 494 apresentavam agressividade física, desses 253(51,2%) estavam em contenção mecânica. 497 apresentavam agressividade verbal, desses 172 (34,6%) estavam em contenção mecânica.

					foi incluído como contenção mecânica neste estudo.		
05	Vandervoort et al., 2013 ⁽³⁹⁾	Bélgica	CINAHL	JAMDA	Descrever as características clínicas de idosos que morrem com demência e a qualidade dos óbitos em ILPIs na Bélgica.	Estudo transversal retrospectivo. Com 198 idosos com demência em 68 ILPIs na Bélgica.	A taxa de idosos com demência encontrada nesse estudo foi de 21,4% ficam contidos principalmente na parte superior do tronco e pelos membros. Demência avançada 25%, demência grave 18,5%, demência moderada 14,7% em uso de contenção mecânica na última semana de vida.
06	Chiba et al., 2012 ⁽⁴⁰⁾	Japão	CINAHL	JCN Journal of Clinical Nursing	Investigar a prevalência de contenção mecânica em ILPIs no Japão, e examinar os fatores para a realização da contenção mecânica.	Estudo transversal por questionário entregue pelo correio. 73 ILPIs responderam ao questionário e foram incluídas no estudo.	A taxa de prevalência de contenção mecânica em ILPIs foi de 17,8% (435 idosos). A taxa média de contenção mecânica foi de 25,5%. 81% (351 idosos) estavam em contenção mecânica há mais de 01 mês. O método mais utilizado para contenção mecânica foram: grades no leito seguido de luvas nas mãos dos idosos. O motivo para realizar contenção mecânica foram prevenir quedas, remoção

dos dispositivos invasivos.

07	Halfens et al., 2013 ⁽⁴¹⁾	Holanda	CINAHL	JAN Journal of Advanced Nursing	Descrever os resultados da última pesquisa internacional sobre os problemas de cuidados nas ILPIs na Holanda, Áustria e Suíça.	Estudo transversal anual multicêntrico de 2011 a 2012. 65 ILPIs e 5224 pacientes participaram do estudo; na Holanda e na Áustria 07 ILPIs e 696 pacientes.	A forma de contenção mecânica mais frequente em todos os países foram às grades no leito. O cinto abdominal e o cobertor especial para contenção mecânica ou ambos são usados por 5% das ILPIs na Holanda e Áustria. Na Holanda a prevalência de idosos contidos no leito por grades ou barras no leito foi de 58,3% cobertos para contenção e lençol 1,0%, cinto abdominal 0,1% e medicação 16,2%. Na Áustria a prevalência foi grade ou barras no leito foi de 77,9%, cobertos para contenção e lençol e cinto abdominal 0, medicação 0,6%.
08	Castle et al., 2005 ⁽⁴²⁾	EUA	CINAHL	Journal of Gerontology	Conhecer o perfil e comparar as taxas de contenção mecânica, cateterismo vesical,	Participaram do estudo 14579 ILPIs dos EUA, estudo aconteceu em 2000. Foram retiradas informações do banco de dados	O risco ajustável para a prevalência de contenção mecânica variou entre 8,4% a 12,8%. Sendo um dos mais elevados perdendo apenas para uso de medicamentos psicotrópicos e risco de UPP. Critério usado para definir

				contraturas, UPP e medicamentos psicotrópicos, que são os indicadores de qualidade do cuidado em ILPIs dos EUA.	OSCAR 2000 que contém as informações de qualidade de todas as ILPIs norte-americanas.	contenção mecânica no estudo: Coletes, contenção nos pulsos e tornozelos, cadeiras geriátricas.	
09	Natan et al., 2010 ⁽⁴³⁾	Israel	CINAHL	International of nursing practice	Identificar e analisar as variáveis afetadas na tomada de decisão dos enfermeiros chefes para realizar contenção mecânica em idosos em ILPIs.	Estudo Exploratório para conhecer o perfil dos enfermeiros chefes e dos idosos. Estudo realizado em Israel. Os questionários foram respondido pelos enfermeiros da ILPIs.	Dos 120 questionários enviados 104 responderam. A prevalência do uso de contenção mecânica foi de 16% nos últimos 08 meses. E que já realizaram contenção mecânica mais de 10 vezes no último ano. E ainda 10% dos enfermeiros entrevistados inferem que realizam a contenção mecânica em idosos com déficit cognitivo e que incomodam os demais idosos. O motivo principal para a realização de contenção mecânica foi: manter a segurança do idoso e controlar o comportamento agressivo.

10	Saarnio et al., 2009 ⁽⁴⁴⁾	Finlândia	CINAHL	Gerontological nursing	Descrever o uso de contenção mecânica e as perspectivas dos idosos e das famílias dos idosos que estão em uso de contenção mecânica em ILPIs na Finlândia.	Estudo qualitativo exploratório descritivo.	Foram encontrados nas ILPIs da Finlândia que a prevalência de idosos em contenção mecânica foi de 88%, durante o estudo. Formas mais comuns de contenção mecânica: Grades no leito, cadeiras geriátricas (cadeiras de rodas com mesas que impedem que o idoso se levante), cadeira de rodas com cinto de segurança, e cadeiras com cinto de segurança.
11	Miu et al., 2014 ⁽⁴⁵⁾	Hong Kong	ELSELVI ER	Journal of Clinical Gerontology e Geriatrics	O objetivo do estudo e descrever a prevalência da dor em idosos com demência avançada que vivem em ILPIs em Hong Kong, e determinar os fatores associados à dor.	Estudo transversal	06 ILPIs participaram do estudo, sendo que 03 eram públicas e 03 privadas. Dos 190 pacientes com dor 141 (74,2%) foram contidos fisicamente.
12	Capezuti et al., 2008 ⁽⁴⁶⁾	EUA	CINAHL	Journal of aging e	Após 1987 com a lei The	Estudo retrospectivo.	A taxa de prevalência de contenção mecânica antes da lei

			Social policy	Omnibus Budget Reconciliation houve drástica diminuição da contenção mecânica em ILPIs, porém houve grande aumento do uso de contenção mecânica “menos restritivas”. Porém esses métodos menos restritivos têm o mesmo efeito negativo na qualidade de vida dos idosos.	Usando a base de dados do FDA de evento adversos.	era de 35% em 1991, diminuiu para 7 % em 2005. Mortes relacionadas a contenção mecânica de 1991 a 1995: 212; 2001 a 2005: 58.	
13	Cabello et al., 2008 ⁽⁴⁷⁾	ESPA NHA	LILACS	Revista Española de Geriatria y Gerontología	Conhecer a prevalência do uso de dispositivos de contenção mecânica em ILPIs públicas e	Estudo descritivo e transversal.	Estudo realizado com 25 ILPIs públicas, a capacidade das ILPIs variam de 50 a 600 idosos por ILPI e com grau de dependência variados. Idosos incluídos na pesquisa 5346. A prevalência de contenção mecânica foi de 8,4%

				a implantação de um protocolo para reduzir o uso de contenção mecânica.		sem contar a grade no leito da cama, quando a grade no leito é incluída a prevalência vai para 20,8%. O percentual de uso de grades no leito foi de 63,4%, coletes para o tronco 17,7% e contenção mecânica dos membros 3% e cadeiras restritivas 15,9%. Um único dispositivo foi utilizado 62,6%. Das contenções mecânicas 71,4% foram utilizadas diariamente e 28,6% foram utilizadas temporariamente.
14	Gobert et al., 2005 ⁽⁴⁸⁾	Espanha e Canadá	ELSERVI ER Revista Española de Geriatria y Gerontología	Analisar entre diferentes países o uso de contenção mecânica e farmacológica em ILPIs de Quebec e da Suíça Francesa e aplicar esses resultados a futuros estudos na Espanha.	Estudo retrospectivo. Usando a base de dados PLAISIR.	A contenção mecânica têm maior ocorrência em Quebec com 76% e na Suíça Francesa 40%. A contenção mecânica mais utilizada foi a grades no leito nos 02 países.

15	Hoben et al., 2015 ⁽⁴⁹⁾	Canadá	ELSERVIER	JAMDA	Identificar sintomas comuns e onerosos e práticas inapropriadas ao fim da vida dos idosos em ILPIs.	Estudo retrospectivo. Usando a base de dados TREC	Pesquisa em 36 ILPIs do Canadá. A prevalência de contenção mecânica foi de 18,7% a classificação de prevalência média.
16	Foebel et al., 2015 ⁽⁵⁰⁾	Suécia/Itália/Finlândia/França e Alemanha	ELSERVIER	JAMDA	Conhecer a prevalência do uso de medicamentos psicotrópicos e de contenção mecânica e seus efeitos físicos e cognitivos em idosos em ILPIs na Europa.	Estudo retrospectivo de coorte entre os seguintes países República Checa, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Israel, Itália e Holanda.	Contou com 532 idosos com demência em 57 ILPIs. A prevalência de idosos em contenção mecânica foi de 19,65, destes 45% eram contidos pelo tronco e 55% em cadeiras de rodas com contenção; 12,2% em contenção mecânica e em contenção química.
17	Ghinescu et al., 2015 ⁽⁵¹⁾	Romênia	ELSERVIER	JAMDA	Descrever a prevalência de problemas de cuidados em ILPIs Romenas.	Estudo transversal	09 ILPIs e 394 pacientes participaram. A prevalência de contenção mecânica 62% e a forma mais frequente de CM é a grade no leito.

Sumariamente considera-se importante destacar sobre essa revisão que dos 17 artigos 10 artigos incluem a contenção com grades no leito como uma forma de contenção; outros 03 artigos excluem as grades no leito de sua prevalência; 03 artigos não deixam claro quais foram os tipos de contenção adotados no estudo; e 01 artigo faz a prevalência de contenção com as grades no leito e também excluindo as grades no leito; isso implica na necessidade de rever políticas de adoção de grade nos leitos como prevenção de quedas em idosos, analisar os tipos de grades no leito para cada tipo de idoso; e analisar os riscos e benefícios da grade no leito com um dano ou um risco.

Outro fator que chama a atenção nessa revisão foi o expressivo número de artigos no idioma inglês 15 e, dois em Espanhol. Porém, o continente com maior produção foi a Europa com 07 publicações, em seguida a América do Norte com 05 publicações e, Ásia com 04 publicações. Estes achados reforçam a importância de estudar o tema no nosso país e realidade latino-americana, no intuito de produzir dados da nossa realidade, para assim traçar um panorama e construir soluções adequadas a nossa realidade e aos nossos problemas sobre a contenção mecânica.

Os métodos mais utilizados foram respectivamente: método transversal, estudo retrospectivo, estudo exploratório e quase experimental. A forma de contenção mais utilizada é a contenção no leito com grades e a contenção feita pelo tronco em cadeira de rodas também foi muito citada. Apenas 03 artigos deixaram claro como utilizaram as escalas gerontogeriatricas e quais foram às escalas utilizadas, esses dados auxiliaram no delineamento do desenho do estudo e na construção do instrumento de coleta de dados.

3- MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e/ou seccional com abordagem quantitativa para a mensuração da prevalência da prática de contenção mecânica em Instituições de Longa Permanência de Idosos no Estado do Rio de Janeiro.

Sabe-se que os estudos transversais e/ou seccionais têm por característica serem estudos epidemiológicos que se caracterizam pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade⁽⁵²⁾.

Segundo Medronho⁽⁵²⁾, as informações são coletadas na mesma oportunidade, ou seja, em um único instante, de cada indivíduo; e que a prevalência instantânea mede a proporção de indivíduos com uma determinada característica, que pode ser uma doença estabelecida, um sintoma, um sinal, uma sequela, ou outro agravo qualquer a saúde, relacionando ou afetados no numerador com todos os examinados no denominador. É comum que nos estudos seccionais se obtenham várias informações de cada indivíduo examinado, com o intuito de estabelecer relações de associação entre as características investigadas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O Ministério Público atua na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis e no controle externo da atividade policial. A organização do Ministério Público no Brasil está dividida entre o Ministério Público da União (MPU) e o Ministério Público dos Estados (MPE). O MPU compreende os ramos: Ministério Público Federal (MPF); Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Militar (MPM) e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). O Ministério Público dos Estados possuem unidades representativas em todos os estados.

Ainda como parte de sua atuação, o Ministério Público expede recomendações visando à melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, promove inquérito civil e ação civil pública para proteger os direitos constitucionais, patrimônio público e social, meio ambiente, patrimônio cultural e interesses individuais indisponíveis, homogêneos e sociais, difusos e coletivos.

Compõe o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro o Centro de Apoio

Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção do Idoso e da Pessoa com deficiência. O órgão é responsável pelo desenvolvimento de atividades para a efetivação dos direitos transindividuais de pessoas idosas e com deficiência, desempenhando, ainda a tutela individual do idoso em situação de risco social, a qual implica a aplicação de medidas protetivas e a propositura, como as ações de interdição, de registro tardio e na efetivação dos direitos individuais indisponíveis nos casos dos idosos em situação de risco.

As fiscalizações ocorrem durante a semana, sem horário definido para sua realização. Em determinadas fiscalizações, toda a equipe do GATE/IEDS é acionada conjuntamente para realizar a inspeção na ILPI em outras, apenas um técnico pericial é designado para realizar a fiscalização. As fiscalizações ocorrem em segredo de justiça e a ILPI não é comunicada da data e hora da fiscalização do MPRJ.

A fiscalização do enfermeiro em ILPIs se dá, primeiramente, da verificação do ambiente físico interno da instituição. Após fiscalizar toda a ILPI com o acompanhamento de um funcionário do local, se dá a fiscalização documental. Em seguida é feito a fiscalização do serviço sócio-sanitários aos idosos como: verificação dos prontuários de saúde dos idosos, procedimentos operacionais padrões – POP da ILPI de um modo geral, verificação das rotinas da ILPI, verificação de escalas gerontogeriatricas, anamnese dos profissionais de curso superior, etc. Existe um formulário elaborado para as fiscalizações em ILPIs no qual constam os tópicos acima e, ainda, informações sobre a contenção mecânica no momento da fiscalização.

As ILPIs do Estado do Rio de Janeiro são obrigadas a franquear a entrada dos técnicos periciais do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – MPRJ. Como disposto na Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003; que dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Em seu capítulo III da fiscalização das entidades de atendimento e nos seguintes artigos:

Art.52 As entidades governamentais e não governamentais de atendimento ao idoso, serão fiscalizadas pelos conselhos do idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outro previstos em lei.

Capítulo II do Ministério Público IX – Requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições.

X – Referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta lei. § 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Desse modo, o estudo foi realizado em ILPIs que estiverem no rol da fiscalização do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e do Grupo de Apoio Técnico Especializado Instituições e Direitos Sociais – GATE/IEDS.

O GATE/IEDS é um grupo de apoio técnico aos promotores de justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, composto por arquiteto, engenheiro, assistente social, biólogo e enfermeiro, cuja função é assessorar os promotores de justiça em questões técnicas específicas das áreas de conhecimento de cada profissional. Além da função de assessorar os promotores, os peritos do GATE/IEDS atuam como fiscais em diversas instituições, como exemplo colégios públicos e particulares, clínicas psiquiátricas, instituições prisionais e instituições de longa permanência para idosos.

A equipe do GATE/IEDS atende a todas as promotorias do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. As fiscalizações ocorrem durante a semana, sem horário definido para fiscalização, em determinadas fiscalizações toda a equipe do GATE/IEDS é acionada para realizar a fiscalização em conjunto, ou então apenas um técnico pericial é designado para realizar a fiscalização. As fiscalizações ocorrem em segredo de justiça, a ILPI não é comunicada da data e hora da fiscalização do MPRJ em nenhum momento.

3.3 PARTICIPANTES

Para a seleção dos participantes da pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão: Idosos residentes em ILPIs no estado do Rio de Janeiro, que se encontrarem no momento da fiscalização na instituição, para comporem a amostra de estimação da prevalência e todos os que estiverem em contenção mecânica para caracterização da contenção mecânica. **Critérios de Exclusão:** Idosos contidos e não contidos que se recusarem a participar da pesquisa.

3.4 TAMANHO DA AMOSTRA

A população deste estudo é definida como sendo a população de idosos institucionalizados em ILPI's no Estado do Rio de Janeiro.

Estima-se que o estado do Rio de Janeiro tenha 380 ILPI's e que o número médio de idosos atendidos em cada ILPI seja de 60 idosos⁽⁵³⁾. Com base nestas informações, a população de interesse é estimada como tendo $N= 60 \times 380 = 22.800$ casos.

Para consecução dos resultados de interesse, pela impossibilidade de se entrevistar toda a população, será retirada uma amostra aleatória deste universo definido anteriormente.

Como o objetivo principal do estudo é estimar uma prevalência P , de acordo com⁽⁵³⁾ o tamanho mínimo da amostra (n), para uma margem de erro global máxima e , com correção pelo tamanho da população N , é definido pela fórmula:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N p (1 - p)}{(N - 1) e^2 + z_{\alpha/2}^2 p (1 - p)}$$

Aqui, $z_{\alpha/2}$ refere-se ao valor da variável aleatória com distribuição normal padrão para o qual o valor da função de distribuição acumulada é igual a $(1 - \alpha)/2$ (α = nível de confiança desejado). Sendo assim, o valor de z está intimamente ligado ao intervalo de confiança desejado para as proporções de interesse. No presente caso, usamos um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96; p é a estimativa preliminar da prevalência de interesse P e e refere-se a margem de erro global resultante (no caso, deseja-se uma margem de erro global máxima de 5% = 0,05). Devido à insuficiência preliminar de estimativa para P e para as demais proporções a serem estimadas no estudo, o produto $p(1 - p)$ é substituído pelo seu valor máximo: 0,25.

Assim, o tamanho mínimo da amostra de estudo estimada para este trabalho é de 378 idosos. E a pesquisa fica assim sujeita a erros máximos de 5% na prevalência e em qualquer proporção estimada, ao nível de 95% de confiança, baseando-se neste tamanho populacional. A escolha das instituições a serem visitadas, de onde serão escolhidos os 378 idosos, será feita de forma aleatória pelo serviço de acolhimento institucional de Longa Permanência para idosos/ Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, como é de praxe na rotina deste serviço de fiscalização.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados sobre contenção mecânica foi realizada após a observação da ILPI, após preenchimento dos dados sobre a ILPI foi realizado o preenchimento de informações individuais dos idosos em contenção mecânica no momento da fiscalização formulário de pesquisa (ANEXO 1).

A cada instituição visitada foi anotado o número de idosos institucionalizados no momento, e identificado o número de idosos em contenção mecânica. Todos os idosos em contenção mecânica da instituição foram analisados individualmente. Assim, consideremos que na primeira instituição escolhida aleatoriamente haverá n_1 idosos e c_1 idosos contidos; que na segunda instituição haverá n_2 idosos e c_2 idosos contidos, e assim por diante, até que na última instituição, a k -ésima instituição haverá n_k idosos e c_k idosos contidos. O número k de instituições a ser pesquisadas será o menor valor de k tal que

$$n_1 + n_2 + \dots + n_k \geq n$$

Onde n é o tamanho da amostra estabelecido. A prevalência de idosos contidos será estimada pontualmente como sendo

$$P = \frac{c_1 + c_2 + \dots + c_k}{n_1 + n_2 + \dots + n_k}$$

E a subamostra de idosos contidos terá $c = c_1 + c_2 + \dots + c_k$ idosos e será descrita e caracterizada a partir das variáveis descritas na Tabela 2.

Para investigar se existem variáveis associadas da prática de contenção mecânica, foram coletados também dados de pacientes não contidos selecionados em pareamento a partir do número de pacientes contidos encontrados na instituição. Mais especificamente, consideremos que na k -ésima instituição haja n_k idosos institucionalizados e c_k idosos contidos, portanto esta instituição terá $(n_k - c_k)$ idosos não contidos. Será então feito um sorteio aleatório de c_k idosos dentre os $(n_k - c_k)$ idosos não contidos. Enfim, a cada instituição serão coletados dados de c_k idosos contidos e c_k idosos não contidos. E os casos de contenção e não contenção serão confrontados com as variáveis do estudo para verificar se alguma variável está associada significativamente à contenção. Em síntese, o Algoritmo de Operacionalização da Coleta de Dados é assim descrito:

$k=1$ (primeira instituição)

Passo 1: Observa quantos idosos tem a instituição (n_k)

Passo 2: Observa quantos idosos contidos tem a instituição (c_k)

Passo 3: Coleta dados (preenchimento do questionário) dos c_k idosos contidos

Passo 4: Seleciona aleatoriamente c_k idosos dentre os $(n_k - c_k)$ idosos contidos

(Se $c_k > n_k - c_k$ selecione todos os $n_k - c_k$ não contidos)

Passo 5: Coleta dados (preenchimento do questionário) dos idosos não contidos selecionados no passo 4.

3.6 VARIÁVEIS

A **variável dependente** ocorrência de contenção mecânica em instituições de longa permanência no Rio de Janeiro.

As **variáveis independentes** ocorrência de lesões por fricção (skin-tears), lesão por pressão, déficit cognitivo, síndrome da imobilidade.

Tabela 2. Descrição conceitual e operacional das Variáveis do estudo. Niterói-RJ, 2016.

Variável	Definição Conceitual	Definição Operacional
Dependente: Ocorrência de contenção	Idosos que no momento da fiscalização estiverem contidos no leito, cadeira de rodas, cadeiras, sofás, poltronas por: atadura de crepom, lençol, cintos abdominais, grades no leito, mesa de restrição de movimento em cadeira de rodas e em sofás e poltronas, coletes para o tronco. E em diferentes partes do corpo como tronco, pulso, tornozelo, cotovelo e quadril.	Realizarei observação dos idosos durante a fiscalização e verificarei a presença ou não de idosos em contenção mecânica, se o idoso estiver contido fisicamente irei observar qual foi o método empregado para realizar a contenção mecânica e sua localização.
Variáveis independentes: Grau de dependência	Grau de Dependência do Idoso a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda; b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diárias tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem	Verificar no prontuário do idoso e com a equipe da ILPI a classificação do grau de dependência. Realizar escalas de atividades de vida diárias - Katz ⁽⁵⁴⁻⁵⁵⁾ Realizar o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ⁽⁵⁶⁻⁵⁸⁾

	<p>comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;</p> <p>c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.</p>	
Lesões por fricção	<p>Lesão por fricção é uma ferida traumática, que ocorre principalmente nas extremidades de idosos.</p>	<p>Observação Direta</p> <p>Realizar escala - Sistema de Classificação STAR - Lesão por Fricção ⁽⁵⁹⁾</p>
Lesão por pressão	<p>É uma lesão localizada na pele ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção.</p>	<p>Após a constatação do uso de contenção mecânica examinarei a pele do idoso para constatar se existe ou não presença de UPP. Se o idoso em examinado for portador de UPP realizarei a categorização da UPP seguindo o Sistema Internacional de Classificação das Lesões por Pressão NPUAP/EPUAP 2014. ⁽⁶⁰⁾</p> <p>Categoria I: Eritema não branqueável.</p> <p>Categoria II: Perda parcial de espessura da pele.</p> <p>Categoria III: Perda total de espessura da pele.</p>

		<p>Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos com exposição óssea, tendões ou músculos.</p>
Síndrome da imobilização	<p>Complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural. Que resulta em alterações em todos os sistemas.</p>	<p>Para caracterizar a síndrome da imobilização usarei o critério para identificar a síndrome da imobilização, que define critérios maiores e menores sendo os critérios maiores: déficit cognitivo médio a grave; e múltiplas contraturas.</p> <p>Critérios menores: Sinais de sofrimento cutâneo, ou Lesão por pressão, disfagia leve a grave, dupla incontinência e afasia.</p> <p>Para ser classificado como síndrome da imobilização o idoso deve ter 2 critérios maiores e no mínimo 2 critérios menores.</p>
Dados de caracterização da população e instituição		
Sexo	Variável categórica	
Idade	Variável numérica	Verificar no prontuário a idade do idoso.
Diagnóstico médico	Variável categórica	Verificar no prontuário do idoso.
Tempo de institucionalização	Variável numérica	Verificar no prontuário do idoso e ou na ficha de

		inscrição da ILPI.
Número de medicamentos	Variável numérica	Verificar no prontuário e/ou no receituário médico.
Uso de psicotrópico	Variável categórica	Verificar no prontuário e/ou no receituário médico.
Prescrito no prontuário	Variável categórica	Verificar no prontuário e/ou no receituário médico.
Possui protocolo para contenção	Variável categórica	Verificar no prontuário do idoso.
Possui sistematização da assistência de enfermagem	Variável categórica	Verificar no prontuário do idoso.
Quanto tempo o idoso fica contido	Variável numérica	Verificar no prontuário do idoso e com a equipe da ILPI.
Idoso fica contido no período noturno	Variável categórica	Verificar no prontuário do idoso e com a equipe da ILPI.
Recursos humanos	Variável numérica	Escala Profissionais e com a equipe da ILPI
Acessibilidade	Variável categórica	Observação e relato da equipe da ILPI
Plano de atividades	Variável categórica	Verificar no prontuário do idoso e com a equipe da ILPI.

3.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

A partir dos dados coletados foi construído um banco de dados a ser analisado pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel 2010.

Para caracterização da amostra, na análise descritiva do comportamento das variáveis, os dados foram sintetizados por meio de estatísticas descritivas, gráficos, distribuições de frequências e cálculo de proporções de interesse, como a proporção de idosos contidos.

Na Análise Inferencial, as proporções de interesse também foram estimadas por

intervalo de confiança para proporções.

Na Análise Inferencial de Variáveis Quantitativas, a hipótese de normalidade da distribuição foi verificada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Se a hipótese de distribuição normal não for rejeitada nos grupos, a comparação de dois grupos independentes será feita pelo teste t-de Student. A igualdade das variâncias, necessária para execução do teste t-de Student sem correção será avaliada pelo teste de Levene. Se para algum dos grupos a hipótese de normalidade da distribuição for rejeitada, a comparação dos dois grupos será feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Na comparação de mais de dois grupos independentes foi usada a ANOVA, se confirmada normalidade da distribuição ou teste Kruskal-Wallis. A análise post hoc se dará pelo teste de Student Newman Keuls. Todas as discussões serão realizadas considerando nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, será adotada a seguinte regra de decisão nos testes: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste for menor que 0,05⁽⁶¹⁾.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, seguindo desta forma as Recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu de forma voluntária, assegurando-lhes a preservação de sua identidade e garantindo-lhes a liberdade de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento, sem oferecer prejuízo e/ou inferência a assistência prestada.

Vale ressaltar que a escolha das instituições se deu no fluxo habitual da fiscalização GATE/MP. Inicialmente foi contatada a instituição selecionada com a apresentação da proposta da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE A) para que os mesmos esclareçam suas dúvidas quanto à execução da pesquisa. Como a maioria das instituições possuem guarda e compromisso com os idosos, sua permissão para realização da pesquisa é o primeiro passo para sua execução.

Porém, não se exige a necessidade de orientação e consentimento da pesquisa aos idosos voluntários, aqueles que tiverem condições mecânicas e mentais puderam assinar e

consentir ou não com a sua participação. E se compromete com o assentimento (TALE) de todos os participantes conforme previsto na Resolução 466/12⁽⁶²⁾.

Caso o idoso não seja capaz de compreender e se responsabilizar por sua participação, a instituição e ou família pode ser tutora, por se tratar de uma população vulnerável, mas sempre respeitando os direitos de privacidade e anonimato.

Compromete-se com o sigilo das informações, que foram armazenadas por cinco anos, em posse do pesquisador, que depois se compromete com o descarte seguro das informações. Garante-se o anonimato das instituições e dos idosos, profissionais que participarem da pesquisa, estes não tiveram tratamento diferente por participarem da pesquisa. Também foram mantido sigilo das instituições participantes do estudo, estas foram denominadas por números ordinais sequenciais.

Quanto aos riscos de participação do estudo, esclarece que a pesquisa aconteceu em um fluxo natural da fiscalização; respeitou a rotina e as normas da instituição; a abordagem aos idosos se dará de modo intencional, simulando uma avaliação gerontológica, para evitar possível constrangimento.

Benefícios do estudo ressalta-se o caráter inédito, pois ainda não se sabe no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, a prevalência da contenção mecânica em idosos contidos em ILPIs. Com esses dados, políticas públicas para redução e treinamentos profissionais podem ser priorizadas e desenhadas com mais especificidade. Outro benefício seria para a literatura científica brasileira, o desenho do estudo pode ser replicado de modo mais abrangente em outros cenários para determinação das taxas de prevalência no País. Por não haver diretrizes sobre apropriado treinamento, mecanismos de exceção para uso das técnicas de contenção, tempo de duração e motivo para ser realizada a contenção, os participantes do estudo poderão se beneficiar num futuro.

Contudo, no momento da realização do estudo, os idosos investigados que foram encontrados contidos de modo precário ou sem motivo declarado, receberam atendimento do pesquisador e foi fornecido ao funcionário e responsáveis da instituição orientação quanto aos procedimentos.

4- RESULTADOS

4.1 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA

As 14 ILPIs do Estado do Rio de Janeiro declaram atender idosos com grau de dependência de I a III. Nenhuma das instituições possuía um protocolo de realização de contenção, mas em todas elas tinha pelo menos um idoso contido. A Tabela 3 apresenta as principais estatísticas das variáveis de composição profissional e ocupacional dessas instituições.

Tabela 3: Principais Estatísticas das variáveis das variáveis de composição profissional e ocupacional.

Variáveis	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	C.V
Número de Leitos	31,7	30,0	9	60	14,9	0,47
Enfermeiros	1,4	1	0	3	0,9	0,68
Técnicos de Enfermagem	5,4	5	0	12	3,6	0,66
Auxiliares de Enfermagem	0,1	0	0	2	0,5	3,74
Cuidadores	3,9	3,5	0	13	3,5	0,91
Total de profissionais	16,2	14	6	34	8,7	0,54

Os coeficientes de variação (C.V), mostram alta variabilidade e indicam que as instituições eram heterogêneas entre si. Destaque ao baixo índice de auxiliares de enfermagem compondo as equipes; aqui vale ressaltar, o número expressivo de cuidadores.

Tipicamente, a acessibilidade nessas instituições era Inadequada (em 10/14= 71,4% das instituições), o plano de Atividades era Inadequado (em 12/14= 85,7% das instituições) e a prescrição dos medicamentos era Mensal (7/14= 50,0% das instituições). As distribuições de frequências destas características podem ser vistas nas Figuras 2 a 4.

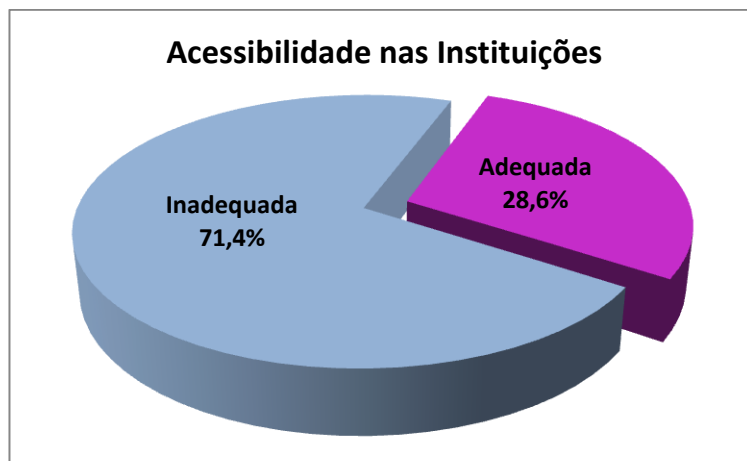


Figura 2: Distribuição de frequências da Classificação de Acessibilidade das Instituições.

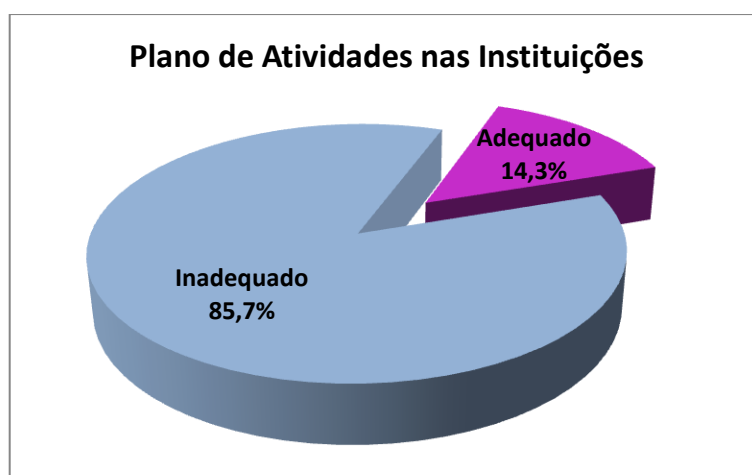


Figura 3: Distribuição de frequências da Classificação do Plano de Atividades das Instituições.

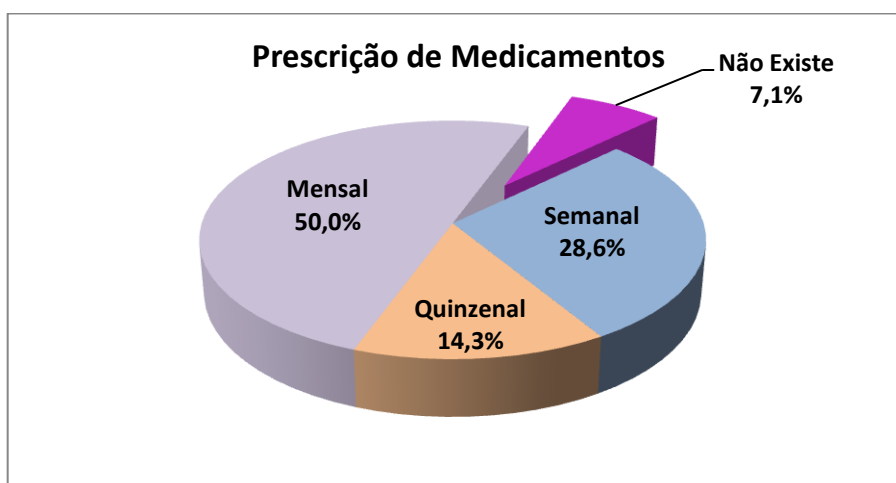


Figura 4: Distribuição de frequências da Prescrição de Medicamentos

4.2 PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO

Este estudo é baseado em uma pesquisa em 14 ILPIs do Estado do Rio de Janeiro, ao todo participaram 443 idosos internos, e entre eles foram encontrados 33 idosos em contenção mecânica. A partir destes dados, estima-se que a prevalência de contenção nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro seja de 7,45%, com erro de previsão de 2,45% ao nível de 95% de confiança. Sendo assim a estimativa intervalar da prevalência de contenção nas instituições do Estado do Rio de Janeiro é de (5,00%; 9,89%), ou seja, a probabilidade da prevalência de contenção ocorrer está entre 5,00% e 9,89% é de 95% (Figura 5).

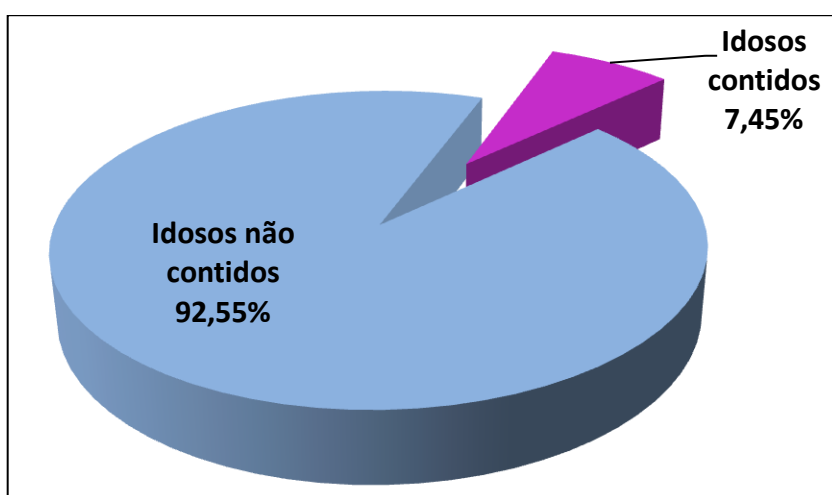


Figura 5: Prevalência de contenção de idosos nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro.

A Tabela 4 traz o número de idosos em cada instituição, o número de idosos contidos e a estimativa da prevalência de contenção em cada instituição. A prevalência de contenção nas ILPIs da amostra variou de 2,56% a 17,65%. Metade das instituições tinham prevalências de contenção acima da prevalência global de 7,45%.

Tabela 4: Total de idosos em cada instituição, número de idosos contidos, e prevalência de contenção em cada instituição.

Instituição	Total de Idosos	Idosos Contidos	Prevalência de Contenção
ILPI 01	39	1	2,56%
ILPI 02	36	1	2,78%
ILPI 03	33	1	3,03%
ILPI 04	27	1	3,70%
ILPI 05	24	1	4,17%
ILPI 06	46	2	4,35%
ILPI 07	60	3	5,00%
ILPI 08	9	1	11,11%
ILPI 09	44	5	11,36%
ILPI 10	50	6	12,00%
ILPI 11	16	2	12,50%
ILPI 12	24	3	12,50%
ILPI 13	18	3	16,67%
ILPI 14	17	3	17,65%
Global	443	33	7,45%

Se não considerar os casos de contenção com grade no leito, o número de idosos em contenção mecânica é 17. A partir destes dados, estima-se que a prevalência de contenção nas ILPIS do Estado do Rio de Janeiro, sem considerar a grade no leito seja de 3,84%, com erro de previsão de 1,79% ao nível de 95% de confiança (Figura 6). Sendo assim a estimativa intervalar da prevalência de contenção nas instituições do Estado do Rio de Janeiro, sem considerar a grade no leito, é de (2,05%; 5,63%).

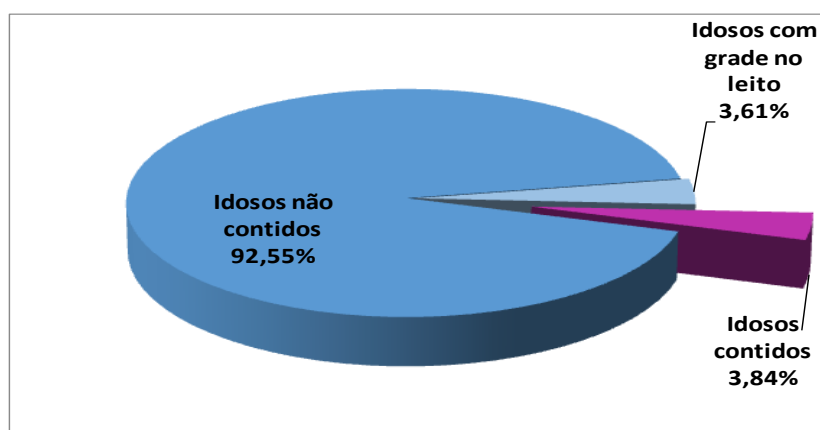


Figura 6: Prevalência de contenção de idosos nas ILPIS do Estado do Rio de Janeiro, sem considerar grade no leito como contenção.

A Tabela 5 também traz o número de idosos contidos sem considerar a grade no leito como contenção, e a estimativa da prevalência de contenção em cada instituição, sem considerar a grade no leito como contenção. Tais prevalências também podem ser vistas na Figura 7. Não considerando a grade no leito como contenção, cinco instituições passam a não ter prevalência de contenção e a maioria das instituições tem contenção abaixo da contenção estimada global.

Tabela 5: Total de idosos em cada instituição, número de idosos contidos, e prevalência de contenção em cada instituição.

Instituição	Total de Idosos	Idosos Contidos Sem considerar Grade no Leito	Idosos Contidos Geral	Prevalência de Contenção Sem considerar Grade no Leito	Prevalência de Contenção Geral
ILPI 04	27	0	1	0,00%	3,70%
ILPI 11	16	0	2	0,00%	12,50%
ILPI 13	18	0	3	0,00%	16,67%
ILPI 06	46	0	2	0,00%	4,35%
ILPI 05	24	0	1	0,00%	4,17%
ILPI 02	36	0	1	0,00%	2,78%
ILPI 10	50	1	6	2,00%	12,00%
ILPI 01	39	1	1	2,56%	2,56%
ILPI 03	33	1	1	3,03%	3,03%
ILPI 07	60	3	3	5,00%	5,00%
ILPI 09	44	4	5	9,09%	11,36%
ILPI 08	9	1	1	11,11%	11,11%
ILPI 12	24	3	3	12,50%	12,50%
ILPI 14	17	3	3	17,65%	17,65%
Global	443	17	33	3,84%	7,45%

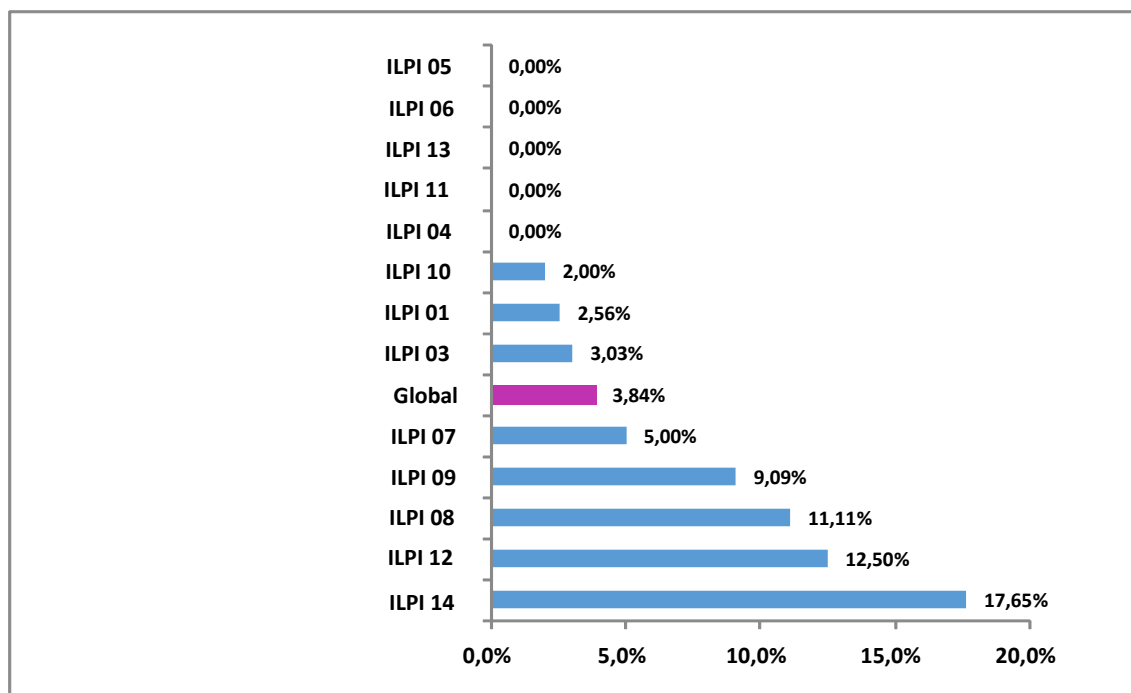


Figura 7: Prevalência de contenção sem considerar a grade no leito como contenção, em cada uma das instituições da amostra.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA CONTENÇÃO

A Tabela 6 traz as distribuições de frequências das variáveis que caracterizam a contenção nestas instituições.

Tabela 6: Distribuições de frequências de caracterização da contenção nas ILPIs do Estado do Rio de Janeiro.

Características da Contenção	f	%
Local de Contenção		
Cadeira de rodas	9	27,3
Cadeira plástica	6	18,2
Cama de madeira	1	3,0
Cama hospitalar	15	45,5
Sofá	2	6,1
Tipo de Contenção		
Atadura	1	3,0
Grade no leito	15	45,5
Grade de madeira adaptada	1	3,0
Tecido Lençol	16	48,5

Justificativa para contenção		
Agitação	1	3,0
Agitação e risco de quedas	5	15,2
Perambulação	1	3,0
Protocolo institucional	3	9,1
Risco de quedas	22	66,7
Risco de quedas e ordem médica	1	3,0
Duração da contenção		
4 horas por dia	1	3,0
12 horas por dia	4	12,1
24 horas por dia	28	84,8

Tipicamente a contenção ocorre em cama hospitalar (45,5% dos casos), o tipo de contenção é a grade no leito da cama hospitalar (45,5%) dos casos, a justificativa para a contenção típica é o risco de quedas (66,7%) e ficam em contenção 24 horas por dia (84,8%). Em um caso foi registrado que 1 destes idosos contidos fica 4 horas na cadeira de rodas e depois fica na cama hospitalar com grades; dois deles são retirados da cama em cadeira de rodas para banho, banho de sol semanal e para refeições e um deles só sai para o banho e às vezes para a refeição.

4.4 PERFIL DO IDOSO CONTIDO E DO IDOSO NÃO CONTIDO

Para cada idoso contido, foi pareado um idoso não contido para traçar um perfil dos idosos dos dois grupos e investigar diferenças significativas que possam caracterizar a contenção que estão detalhadas na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição das características de idosos não contidos e contidos.

Variáveis	Estatísticas			p-valor
	Feminino	Masculino	Global	
Sexo				0,418 [†]
Não Contidos	24 72,7%	9 27,3%	33 100,0%	
Contidos	27 81,8%	6 18,2%	33 100,0%	0,000 [†]
Deambula	Não	Com Auxílio	Sim	
Não Contidos	8 24,2%	3 9,1%	22 66,7%	0,000 [†]
Contidos	24 72,7%	2 6,1%	7 21,2%	
Síndrome da Imobilidade	Sim	Não	Total	

Não Contidos	25 46,3%	29 53,7%	54 100,0%	0,202[†]
Contidos	8 66,7%	4 33,3%	12 100,0%	
Idade	Média	DS[*]	CV^{**}	0,083 [§]
Não Contidos	79,8	10,1	0,13	
Contidos	83,8	7,8	0,09	
Tempo de Institucionalização	Média	DS[*]	CV^{**}	0,598 [§]
Não Contidos	4,30	4,1	0,96	
Contidos	4,85	4,1	0,84	
Número de medicamentos	Média	DS[*]	CV^{**}	0,773 ^δ
Não Contidos	5,8	4,0	0,70	
Contidos	6,1	3,6	0,59	
Número de psicotrópicos	Média	DS[*]	CV^{**}	0,140 [§]
Não Contidos	1,4	1,2	0,90	
Contidos	1,9	1,3	0,70	
Índice de KATZ	Média	DS[*]	CV^{**}	0,000[§]
Não Contidos	4,1	2,1	0,50	
Contidos	0,5	1,0	2,21	
MEEM	Média	DS[*]	CV^{**}	0,000[§]
Não Contidos	15,6	9,6	0,61	
Contidos	3,3	5,5	1,66	

* DV-Desvio Padrão ** CV Coeficiente de variabilidade † Teste de Qui-quadrado (χ^2)
 § Teste Mann Whitney δ Teste t de Student

Em ambos os grupos há um predomínio de idosos do sexo feminino. Dentre os idosos contidos, 81,8% deles eram do sexo feminino. Pelo coeficiente de variação (CV) observa-se que a variabilidade da idade era baixa em ambos os grupos e, não existe uma associação significativa entre a idade e a contenção ou, a idade do idoso não é um fator significativo para a prática de contenção. Também pelo coeficiente de variação (CV) observa-se que o tempo de instituição era alta em ambos os grupos. Sobre os medicamentos nota-se um alto número de medicamentos tomados pelos idosos contidos e não contidos, portanto, não é um fator que esta associada à prática de contenção. Do mesmo modo o número de psicotrópicos usados pelos idosos é alta em ambos os grupos, e não é um fator associado para a prática de contenção.

As proporções de idosos que não deambulam é significativamente maior no grupo de contidos (72,7%). Logo podemos inferir que a contenção pode levar perda da capacidade de deambulação e assim deflagrar futuramente a síndrome da imobilização.

Da amostra de 66 idosos, foram encontrados 12 idosos com Síndrome da Imobilização. Estima-se daí que a prevalência da Síndrome da Imobilização entre os idosos das ILPIS do Estado do Rio de Janeiro seja de 18,2%. A Tabela 7 traz a distribuição conjunta da Síndrome da Imobilização com a Contenção Mecânica. Entre os que não tem síndrome da Imobilização, a prevalência de contenção é de 46,3% e entre os que tem Síndrome da Imobilização, a prevalência de contenção mecânica é de 66,7%. Embora a prevalência de contenção entre os que apresentam a Síndrome da Imobilização seja maior, para esta amostra, o teste qui-quadrado não acusou que exista uma associação significativa entre a Síndrome de Imobilização e a contenção mecânica (p -valor=0,202). Ou seja, não há um risco significativamente aumentado da Síndrome da Imobilização levar à Contenção Mecânica.

Destaca-se os escores KATZ dos idosos do grupo contido que são significativamente menores do que os escores KATZ do grupo não contido. Portanto, houve diferença significativa entre os escores KATZ e, existe uma associação significativa entre o escore KATZ e a contenção; ou ainda, o escore KATZ é um fator significativo para a prática de contenção. A Figura 8 exibe os boxplot das distribuições dos escores KATZ nos dois grupos. O gráfico mostra quão distintas são as distribuições e o maior valor do escore 5 no grupo contido constitui um ponto atípico no grupo, pois todos os outros escores neste grupo são menores ou iguais a 2.

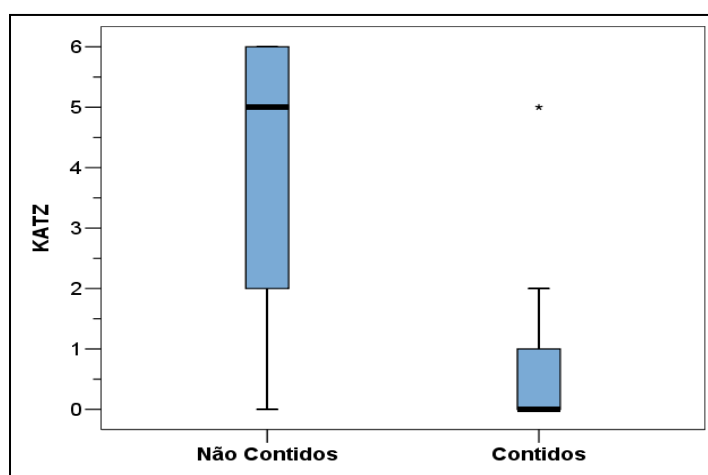


Figura 8: Boxplot das distribuições dos escores KATZ nos grupos de idosos não contidos e contidos.

Outro destaque foi a distribuição do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) houve diferença significativa entre os escores MEEM (p -valor = 0,000), em outras palavras,

existe uma associação significativa entre o escore MEEM e a contenção; ou ainda, o escore MEEM é um fator significativo para a prática de contenção. A Figura 9 exibe os boxplots das distribuições dos escores MEEM nos dois grupos. O gráfico mostra quão distintas são as distribuições e os maiores valores dos escores 19 e 15 no grupo contido são valores atípicos no grupo, pois todos os outros escores nesse grupo são menores ou iguais a 12.

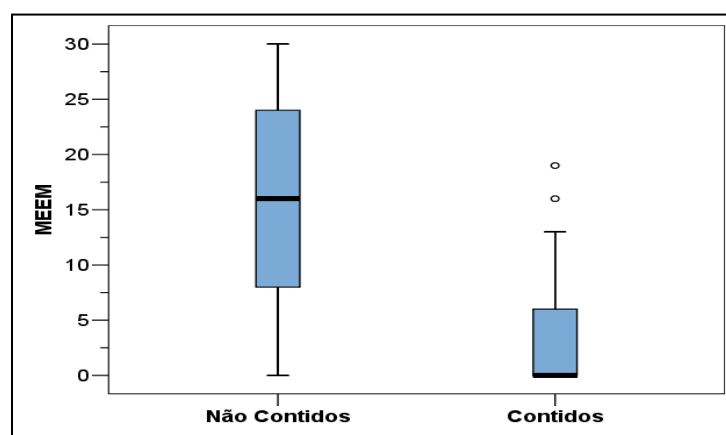


Figura 9: Boxplot das distribuições dos escores MEEM nos grupos de idosos não contidos e contidos.

A Tabela 8 traz a correlação das comorbidades nos grupos de idosos contidos e não contidos, os p-valores dos testes qui-quadrado, a razão de chances e seu Intervalo de Confiança ao nível de 95% de confiança (IC_{95%}).

Tabela 8: Correlação das comorbidades nos grupos de idosos contidos e não contidos

Comorbidade	Não Contidos		Contidos		p-valor do teste qui quadrado	OR	IC da OR
	F	(%)	F	(%)			
Demência do Tipo Alzheimer	2	6,1	14	42,4	0,001	11,4	2,3 - 55,8
Doença Cardíaca	8	24,2	2	6,1	0,032	0,2	0,04 - 1,04
Hipertensão Arterial Sistêmica	27	81,8	19	57,6	0,032	0,3	0,098 - 0,926
Diabetes Mellitus	13	39,4	7	21,2	0,108	0,41	0,14 - 1,23
Fratura de fêmur	3	9,1	0	0,0	0,230*	Nc	nc
Osteoporose	6	18,2	2	6,1	0,258*	0,29	0,05 - 1,56
Artrite	2	6,1	0	0,0	0,492*	Nc	nc
Doença de Parkinson	2	6,1	0	0,0	0,492*	Nc	nc
Lesões por Fricção	1	3,0	3	9,1	0,613*	3,2	0,32 - 32,5
Acidente Vascular	3	9,1	5	15,2	0,708*	1,8	0,39 - 8,17

Cerebral							
Gastrite	7	21,2	6	18,2	0,757	0,82	0,25 - 2,79
Catarata	3	9,1	2	6,1	1,000*	0,65	0,10 - 4,14
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	2	6,1	1	3,0	1,000*	0,48	0,04 - 5,62
Glaucoma	0	0,0	1	3,0	1,000*	Nc	nc
Amaurose	1	3,0	0	0,0	1,000*	Nc	nc
Convulsão	0	0,0	1	3,0	1,000*	Nc	nc
Demência	0	0,0	1	3,0	1,000*	Nc	nc
Neurodegenerativa							
Depressão	1	3,0	0	0,0	1,000*	Nc	nc
Demência Senil	1	3,0	2	6,1	1,000*	Nc	nc
Esquizofrenia	1	3,0	1	3,0	1,000*	1,00	0,06 - 16,7
Gastrostomia	0	0,0	1	3,0	1,000*	Nc	nc
Hipotireoidismo	3	9,1	3	9,1	1,000*	1,00	0,19 - 5,36
Insuficiência Venosa	2	6,1	1	3,0	1,000*	Nc	nc

* *Teste Exato de Fisher; nc=não calculável devido a frequência nula em um dos grupos.*

Observa-se que o único fator de risco aumentado e significativo para a contenção é a Demência do tipo Alzheimer. No grupo de não contidos há somente 02 casos (6,1%) de demência de Alzheimer. No grupo de Contidos, 14 pacientes, 42,4% dos pacientes tem Alzheimer, estas são significativamente distintas (p-valor=0,032 do teste qui-quadrado). A chance de um paciente portador da Demência de Alzheimer ser contido é 11,4 vezes maior que a chance de um paciente que não é portador da Demência de Alzheimer ser contido, esta chance pode ser de até 55,8 vezes com 95% de confiança. Demonstra também que os dois grupos se diferem significativamente no que se refere as prevalências de doenças Cardíacas e HAS são comorbidades significativamente maiores no grupo de idosos não contidos.

A prevalência de lesão por pressão é de 1 caso no grupo não contido (3,0%) e de 05 casos (15,2%) no grupo de idosos contidos. A Tabela 9 mostra a descrição destas lesões nos dois grupos. Apesar de ser maior no grupo de idosos contidos, devido ao tamanho amostral o teste Exato de Fisher não acusou ser significativa esta diferença entre as distribuições de idosos com lesão por pressão nos dois grupos (p-valor=0,197).

Tabela 9: Descrição dos Casos de Lesões por Pressão dos Pacientes.

Grupo	Estágio da Lesão	Região da Lesão	Tipo de Contenção	Local da Contenção	Tempo de Contenção
--------------	-------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

Não Contido	II	Sacroccígea	-	-	-
Contido	IV	Sacroccígea	Tecido Lençol	Cadeira de rodas	12
	I	Calcâneo	Atadura	Cadeira de rodas / cama hospitalar com grade	4 / 20
	II	Calcâneos e Sacroccígea	Tecido Lençol	Cadeira de rodas	24
	I	Braço Direito e Perna Esquerda	Cama hospitalar grade no leito	Cama hospitalar	24
	I	Joelho Direito	Cama hospitalar	Cama hospitalar	24
	II	Maléolo D	grade no leito		

Do mesmo modo foi investigado se a contenção esteve correlacionada ao número de profissionais na instituição. A Tabela 10 a seguir traz as características de cada uma das 14 instituições e a Tabela 11 traz uma Matriz dos Coeficientes de Correlação de Spearman.

Tabela 10: Características do número de leitos e profissionais em cada instituição.

Instituição	Número de Leitos	Enf.	Tec.	Aux.	Cuidador	Total de Funcionários	Contidos
ILPI 07	60	1	10	0	13	24	3
ILPI 14	17	1	2	0	2	5	3
ILPI 04	27	1	7	0	0	8	1
ILPI 08	9	1	0	0	5	6	1
ILPI 11	16	1	3	0	3	7	2
ILPI 13	18	1	5	0	4	10	3
ILPI 06	46	1	12	0	8	21	2
ILPI 05	24	1	4	0	2	7	1
ILPI 01	40	1	5	0	4	10	1
ILPI 10	50	3	2	2	4	11	6
ILPI 12	24	3	6	0	3	12	3
ILPI 09	44	1	6	0	0	7	5
ILPI 03	33	0	3	0	6	9	1
ILPI 02	36	3	11	0	0	14	1

Tabela 11: Matriz dos coeficientes de correlação de Spearman entre o número de funcionários e o número de contidos das instituições.

Correlação entre as variáveis da linha e coluna	Número de Leitos	Enf.	Téc.	Aux.	Cuidador	Total de Funcionários	Número de contidos
Número de Leitos (p-valor)	1,00	0,17 0,573	0,54 0,044	0,38 0,182	0,25 0,395	0,70 0,005	0,29 0,314
Enfermeiro (p-valor)	0,17 0,573	1,00	0,18 0,533	0,48 0,084	-0,32 0,263	0,40 0,161	0,34 0,238
Técnico de Enfermagem (p-valor)	0,54 0,044	0,18 0,533	1,00	-0,35 0,226	-0,08 0,776	0,70 0,005	-0,04 0,887
Auxiliar de enfermagem (p-valor)	0,38 0,182	0,48 0,084	-0,35 0,226	1,00	0,10 0,723	0,17 0,554	0,47 0,089
Cuidador (p-valor)	0,25 0,395	-0,32 0,263	-0,08 0,776	0,10 0,723	1,00	0,40 0,151	0,04 0,880
Total de Funcionários (p-valor)	0,70 0,005	0,40 0,161	0,70 0,005	0,17 0,554	0,40 0,151	1,00	0,15 0,605
Número de contidos (p-valor)	0,29 0,314	0,34 0,238	-0,04 0,887	0,47 0,089	0,04 0,880	0,15 0,605	1,00

As únicas correlações fortes e significativas encontradas foram às correlações naturais entre o número de leitos e o total e funcionários e entre o total de funcionários e o número de técnicos de enfermagem. Desse modo conclui-se que a contenção independe do número de leitos e do número de profissionais da instituição.

5- DISCUSSÃO

O principal dado desse estudo está relacionado à prevalência de idosos contidos em ILPIs no Estado do Rio de Janeiro, a taxa de prevalência encontrada foi de 7,45%. Estudos em diversos países demonstram que a prevalência da contenção varia de acordo com o país e o tipo de contenção. Em um estudo que comparou oito diferentes países constatou que a taxa variou entre 9% no Japão e Islândia, 15 a 17% na França, Itália, Suécia e Estados Unidos, e 40% na Espanha. Este estudo não caracterizava a grade no leito como contenção. Na Tailândia foi encontrada a prevalência de 62% em contenção em ILPIs nesse estudo a grade no leito foi contabilizada como uma forma de contenção^(8,10,63). Para essa pesquisa a contenção no leito feita por grades no leito foi considerada uma forma de contenção. Um dado que deve ser ressaltado é que metade das ILPIs apresentam uma prevalência de contenção maior que a média global de 7,45%. Porém, ao apresentar a taxa de contenção sem considerar as grades no leito essa prevalência diminui de 7,45% para 3,84%.

Entretanto, ao analisar as ILPIs separadamente constatamos que oito ILPIs das 14 estudadas contêm os idosos mesmo ao desconsiderar as grades no leito e, ainda cinco ILPIs realizam contenção mecânica acima da média global de 3,84 chegando à prevalência de 17,65% em uma determinada ILPI. Essas taxas indicam a alta prevalência de contenção mecânica mesmo desconsiderando as grades no leito que no presente estudo foi um dos tipos de contenção mais prevalente com 15 ocorrências.

Empiricamente, podemos inferir que a contenção com grades no leito é uma das formas de contenção mecânica mais utilizada nos dias atuais, em hospitais ter grades em todos os leitos, é um dos critérios de acreditação hospitalar, pois esta geralmente se relaciona com a prevenção de quedas. Logo as grades nos leitos são presentes nos hospitais devido à “falsa” segurança que a grade oferece, e surge de forma frequente nas ILPIs pela lógica de transposição do modelo hospitalar para as ILPIs sem uma devida contextualização⁽⁶⁴⁾.

Há um guideline americano sobre aspectos de orientação clínica para avaliação e implementação para grades no leito em hospitais, ILPIs e home care. Esse guideline surge devido aos diversos casos de acidentes com lesões e óbitos relacionadas às grades no leito e, também pelos estudos realizados por pesquisadores que relatam incidentes e a

preocupação com o uso indiscriminado das grades e a falta de consenso para sua utilização, Somando-se a isso, a preocupação do U.S Food and Drug Administration (FDA) em parceria com os representantes da indústria de leitos hospitalares para que esse guideline respondesse diretrizes para melhora da segurança dos leitos, para pacientes com risco de ficarem presos entre as grades⁽⁶⁴⁾.

Foram elaborados três princípios orientadores destinados a orientar o desenvolvimento de planos de cuidados aos pacientes, que são: 1- O uso automático e de modo padronizado de leitos com grades podem representar riscos indevidos para a segurança do paciente, neste ponto há um destaque importante na personalização do uso da grade, levando sempre em consideração a avaliação de cada caso de forma individual, levar em consideração que a grade no leito pode ser uma forma de contenção mecânica, que muitas vezes a grade no leito pode trazer sérios ferimentos e aumentar a gravidade da queda do leito, sempre avaliar a necessidade do uso ou não das grades e levar em consideração os riscos que essa grade pode trazer para o paciente, define o que é contenção mecânica e inclui dentro desta definição as grades no leito e aponta o risco das contenções para a segurança do paciente. 2- a decisão do uso de grades no leito ou não utilizar as grades no leito deve ser feito de modo individual e deve ser avaliado por uma equipe multidisciplinar em conjunto com a família na entrada deste paciente na instituição. 3- Reforçar a participação do paciente e dos familiares na escolha da grade no leito⁽⁶⁴⁾.

Nessa publicação reforça-se a ideia que existem outras opções além da utilização das grades no leito, e que existem diversos tipos de grades no leito, cada uma específica para cada tipo de ação terapêutica esperada e traçada para cada paciente em cada momento clínico. E que a grade pode ser um último recurso a ser empregado, já que limita a movimentação e a liberdade do paciente, e que recomendações específicas são requeridas pela a equipe de enfermagem, e equipe médica para orientação e suporte aos pacientes e seus familiares⁽⁶⁴⁾.

Outro importante dado que deve ser analisado nesse estudo foi que ILPIs com um pequeno quantitativo de idosos apresentou números elevados de idosos contidos; por exemplo uma das ILPIs abrigava 17 idosos e três idosos estavam contidos no momento da fiscalização representando 17,65%, em outra ILPI que abrigava 18 idosos e também três idosos estavam contidos ou 16,67%. Este dado é importante, pois empiricamente infere-se que ILPIs com maior quantitativo de idosos deveriam conter mais os idosos. Porém as

ILPIs com um quantitativo maior de idosos também obtiveram uma porcentagem elevada de contenção, acima da média global. Como exemplo a ILPI-10 que abrigava 50 idosos e 06 idosos estavam contidos, percentual de 12%. E a ILPI-09 que abrigava 44 idosos e 05 idosos estavam contidos, percentual de 11,36%. Esses dados só reforçam que a contenção acontece independentemente do quantitativo de idosos em ILPIs.

Embora um estudo Holandês que acompanhou um total de 259 ILPIs no período de 01 ano, divididas em 02 grupos, um grupo controle que foi compostas por 135 ILPIs tradicionais com no mínimo de 20 residentes por ala, já o grupo experimental foi composto por 124 ILPIs com quantitativo reduzido de idosos com no máximo 08 idosos por ILPI, esse estudo a contenção com grades no leito foi incluída como contenção mecânica. O resultado foi que as ILPIs tradicionais com um quantitativo maior de idosos, contém mais os idosos do que as ILPIs com um menor quantitativo de idosos⁽³⁸⁾.

Sobre as características do tipo de contenção adotada destaca-se a contenção realizada em cadeira plástica, o qual não foi encontrado nenhum relato nos artigos científicos ou menção a contenção realizada em cadeira de plástico, esse fato parece ser algo característico da cultura brasileira. A cadeira plástica é encontrada de forma muito frequente nas ILPIs, os idosos encontrados contidos nas cadeiras plásticas estavam sentados na cadeira e contidos nela por ataduras, ou por lençol, esse tipo de contenção tinha o objetivo de manter a postura do idoso ereta em alguns casos, e em outras tinha como objetivo evitar a deambulação dos idosos. É evidente que a cadeira plástica não é segura para os idosos, pois ela é leve e o plástico é escorregadio, potencializando o risco de queda. Conter um idoso que deambula em uma cadeira plástica não evitará que o mesmo se levante e ande, apenas aumentará as chances do idoso sofrer uma queda, aumentando a sua gravidade.

Outro tipo de contenção mais prevalente nesta pesquisa foi à contenção feita por lençol. Sobre isso tem-se no estudo realizado em 2009 que relacionou as complicações relacionadas a contenção mecânica feita por dispositivos anexos diretamente ao corpo dos idosos as complicações relacionadas a contenção foram: lesões do plexo braquial, delirium, morte, imobilidade, incontinência, lesão por pressão, diminuição da força muscular, pneumonia, infecção do trato urinário, descondicionamento físico, contraturas articulares e stress psicológico⁽⁶⁵⁾.

Já no estudo de Capezuti lista as mortes por contenção, tipos de óbitos relacionados

à contenção com os dispositivos anexos ao corpo, foram encontrados 92 ocorrências das quais: 79 (85,9%) relacionadas a asfixia em que o cinto ou faixa ficaram envolvidos no pescoço; 18 (23%) onde o idoso ficou preso entre as grades da cama e o colchão; 14 (18%) foram encontrados suspensos fora da cama pelo tronco; e 5(6%) foram encontrados suspensos da cama⁽⁴⁶⁾.

Um estudo realizado em 2008 utilizando um banco de dados americano, no período de 1991 a 2005, quanto ao número de óbitos relacionados à contenção mecânica, foram encontradas 393 óbitos relacionados à contenção, sendo que a contenção mais relacionada a óbitos foi a contenção mecânica feita por colete, seguido da contenção realizada pelos membros e, por último, a contenção feita pela cintura⁽⁴⁶⁾.

Em um estudo que comparou oito diferentes países foram constatados que na Suécia e nos Estados Unidos a forma de contenção mais utilizada foi à contenção feita sobre o tronco; na Espanha a forma mais comum de conter é pela cadeira com bandeja para evitar quedas; na Dinamarca foram encontradas três tipos de contenção: bandeja para evitar quedas, contenção mecânica no tronco, e nos membros; a forma mais encontrada na Suécia foi a contenção feita sobre o tronco e nos seguintes países: França, Islândia, Itália, Japão, Espanha a forma mais encontrada foi a cadeira com bandeja para evitar quedas⁽⁶³⁾.

Em uma outra revisão de literatura relata que a forma mais comum de contenção mecânica é a contenção pelos pulsos totalizando 50%. Seguida da contenção pela cintura com 25% e, feita por colete sobre o tronco em 22% dos casos⁽⁶⁶⁾.

A justificativa mais comum para se realizar a contenção é a prevenção de quedas, embora seja apontada pela literatura também como uma consequência^(41,67). A principal razão para realizar contenção mecânica é a prevenção de quedas e lesões relacionadas a quedas⁽⁶⁸⁾. Outro estudo aponta que 80% dos idosos residentes em ILPIs na Alemanha são contidos para prevenção de quedas⁽⁶⁹⁾.

Estudos tem demonstrado que a redução da contenção não resulta em aumento do número de quedas, entretanto o uso de contenção esta relacionada a uma piora mecânica, psicológica e social. Um estudo realizado em Quebec relatou que 51% dos idosos são contidos por fatores associados com o comportamento agressivo decorrente da agressividade física⁽⁴¹⁾. De modo paradoxal tem-se que uso de contenção causa maior imobilidade, incontinência, lesão por pressão, depressão, agitação, agressividade e mortalidade em idosos que vivem em ILPIs⁽⁶⁷⁾.

Observando os escores dos testes gerontogeríátricos pode se inferir que há uma associação entre baixos escores na escala de KATZ e do MEEM e o alto grau de dependência e o fato dos idosos serem contidos, corroborando com a literatura científica internacional^(63,67-68)

Dados da pesquisa apontam a prevalência da síndrome da imobilização nas ILPIs do estado do Rio de Janeiro é de 18,2%, quando se relaciona a síndrome da imobilização com os idosos encontrados contidos obtêm a prevalência de 66,7% chance de ter síndrome da imobilização e ser contido. Ou seja, a piora na deambulação pode deflagrar num futuro um possível risco para a síndrome da imobilidade. A relação entre o alto grau de dependência e a contenção está frequentemente relacionada com baixa mobilidade, alta dependência e cognição diminuída^(63,67).

Apesar de não significativo a associação com lesões de fricção e pressão ressalta-se que os idosos contidos tiveram maior número de lesões, porém como foi específico por número de indivíduos com lesões essa diferença pode não ter sido sensível, portanto em estudos futuros recomenda-se a análise por número de lesões. Outra dificuldade pode ser a própria fragilidade da pele do idoso que independente de estar ou não contido pode em uma avaliação transversal apresentar a lesão, assim, para tal variável seria interessante um estudo longitudinal.

Já a relação entre idosos contidos; quantitativo de leitos; e quantitativo de funcionários; auxiliou na discussão da não associação da contenção com motivos meramente de ordem institucional. Portanto, parece razoável aprofundar em estudos que avalie o grau da importância da decisão profissional em conter, avaliar se isso sofre influências de ordem pessoal, cultural, educacional e religiosa, merece ser investigado em outros estudos^(14,70). Contudo, conhecer o perfil dos idosos contidos foi importante para caracterizar a população de idosos, como também conhecer os tipos de contenções mais utilizadas na prática das ILPIs permitiu relacionar o grau de dependência dos idosos com o uso de contenção, ou seja, idosos mais dependentes e, potencialmente frágeis, são igualmente contidos. Apesar de corroborado com a literatura internacional disponível tal inferência remete repensar a prática, garantir o cumprimento dos princípios do Cuidado de longa duração, pode ser considerada uma missão enquanto enfermeiros gerontológicos atuantes em ILPIs.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os achados encontrados durante a pesquisa demonstram que a contenção é prevalente no estado do Rio de Janeiro; e sua prevalência pode ser maior do que o descrito na pesquisa devido a uma limitação do estudo, pois a pesquisa foi realizada apenas durante o período matutino; podendo elevar sua prevalência se essa medida fosse mensurada em outros momentos do dia e da noite. Ainda cabe lembrar que somente foi contabilizado como contidos idosos que no momento da fiscalização fosse encontrado contido; sendo assim mesmo que todos os leitos da ILPI fossem leitos que possuíssem grades, mas o idoso não estive no leito com as grades levantadas não seria contabilizado como contido. Isso se deve ao fato de que a amostra seria apenas de idosos que estivessem contidos no momento da fiscalização independente de dormir em leito com grades. Esta observação é importante, pois grande maioria das ILPIs conta com leitos com grades.

Outro fator, que pode ter repercutido foi que em meados de 2016 foi realizado um evento no âmbito estadual, com o público alvo gestores e funcionários de ILPIs – “IX Seminário capacitação para instituições de longa permanência para idosos – Envelhecer sem contenções: Novas perspectivas humanas, éticas e legais”. Este evento é organizado em parceria pela Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UnATI/UERJ e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - MPRJ.

O evento é gratuito e ocorre anualmente na sede do MPRJ e esta na sua nona edição, este evento contou com a participação de cerca de 300 participantes, na parte da manhã quatro palestras sobre a contenção, sendo a primeira com o conteúdo introdutório sobre a contenção e seus tipos; a segunda foi sobre o panorama sobre a contenção no estado do Rio de Janeiro; a terceira palestras sobre os direitos da pessoa idosa e a relação com a contenção e a quarta palestra sobre a contenção farmacológica.

Na parte da tarde houve ainda três oficinas simultâneas; na oficina estratégias de cuidados foi montando diversos casos reais e possíveis soluções, onde as soluções foram elaboradas pelos participantes do evento. Assim demonstrando como é possível realizar o cuidado sem contenção e que esse cuidado não necessariamente deva ser mais complexo ou exigir equipamentos sofisticados e caros. O bom senso e a personalização da assistência são fundamentais para realizar a assistência livre de contenção.

Junta-se a isso diversas outras palestras foram realizadas com essa temática pelos participantes do Grupo Tríplice Aliança desde 2014 que podem ter influenciado na

diminuição da prevalência de idosos contidos nas ILPIs fiscalizadas.

6- CONCLUSÃO

Ressalta-se que o presente estudo trata-se de uma pesquisa inédita, original, que descreve as taxas de prevalências de contenção de idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos no Estado do Rio de Janeiro, os tipos e motivos, o tempo de contenção, características da instituição e possíveis fatores associados à prática de contenção. Desse modo, recomenda-se que esse estudo seja reproduzido por pesquisadores de outros estados da federação com o intuito de garantir uma robustez de dados para ampliar a validade externa de extrapolação ao cenário brasileiro. Como também recomenda-se, a continuidade dos estudos no estado do Rio de Janeiro com amostragem por instituições, e não por idosos, que também pode ser considerado uma forma de aumentar a confiabilidade e a validade interna em estudos futuros.

Entretanto, os resultados dessa pesquisa apoiam a reflexão sobre a forma como a contenção mecânica feita com grades no leito está banalizada e generalizada para todo o tipo de paciente, não havendo critério de escolha para seu uso. A literatura científica nos indica que existem critérios definidos para utilização do leito com grades, que existem riscos para a sua utilização como lesões e óbitos, que há diferentes tipos de grades, e cada tipo é indicado para um tipo de paciente. A grade no leito quando bem avaliada e definida sua indicação, é uma ferramenta indispensável de segurança para o paciente; mas se usada de modo indiscriminado pode ser sim um objeto de contenção.

A escassez de atividades e a falta de acessibilidade nas ILPIs pesquisadas também denotam uma forma de exclusão dos idosos, levam os idosos a permanecerem em seus leitos com grades, cadeiras, aumentando ainda mais a imobilidade, a dependência e incapacidade, e portanto, pode ser considerada uma iatrogenia do cuidado.

Desse modo pondera-se que a carência de cientificidade, de conceitos gerontológicos e humanísticos pelas equipes de enfermagem que observam com naturalidade idosos ficarem restritos ao leito durante as 24 horas, saindo do leito somente para a realização do banho. Distancia-se da enfermagem como uma ciência do cuidado, como uma profissão preocupada com promoção do vínculo, do encontro, da independência, da autonomia, do conforto e bem-estar na medida do possível.

Logo, a prática de contenção parece ser de ordem cultural, instituído na decisão do profissional em conter e sua reprodução por outros profissionais sem a devida crítica, já

que os indivíduos passam mais de 24 horas contidos em sua maioria.

Daí a necessidade de se retomar a discussão da filosofia do Cuidado de enfermagem empregado, centrar-se no Cuidado de longa duração se torna fundamental, um cuidado reabilitante, focado no estímulo a potencialidade ainda existente em cada sujeito, e na liberdade não somente como um direito civil, mas parafraseando Basaglia ao considerar “a liberdade é terapêutica”, ousamos dizer que “a liberdade é um elemento do cuidado”.

Essas são prerrogativas que se arrazoam nesse estudo, por mais baixo que tenham sido as prevalências, suas associações com a não deambulação, dependência, piora cognitiva, e doença de Alzheimer, revelam a necessidade de se repensar a adoção da prática da contenção mecânica na ILPIs brasileiras.

7- PRODUTOS

Para o Mestrado Profissional foi pensado dois tipos de produtos:

O primeiro produto capacitações em eventos promovidos pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, para gestores e profissionais de ILPIs no estado do Rio de Janeiro; capacitações essas que são gratuitas e ocorrem em diversas cidades do estado do Rio de Janeiro.

Os assuntos abordados são: função do MPRJ nas fiscalizações em ILPIs, definição de contenção, tipos de contenções disponíveis a venda, tipos de contenções encontrada na prática, evidência científica sobre: motivos para realizar contenção, riscos da contenção, dados encontrados nas fiscalizações sobre contenção em ILPIs, casos clínicos com intencionalidade percebida em cada caso de contenção, estratégias de cuidados livre de contenção com a participação dos presentes nas capacitações.

Vale ressaltar que a primeira capacitação já ocorreu no dia 22 de setembro de 2016, dentro do IX seminário de capacitação para instituições de longa permanência para idosos: Envelhecer sem contenções: Novas perspectivas humanas, éticas e legais. O tema deste seminário foi sugerido pelo presente autor e os temas das palestras foram acertados entre o autor e os organizadores do evento UnATI e MPRJ. Este tema foi escolhido pela promotoria do idoso; pois os promotores estão estudando como a contenção pode ser uma violação de direitos humanos, este evento do MPRJ acontece anualmente em setembro e é realizado com a UnATI o seminário já está na sua IX edição e já se tornou conhecido e esperado pelas ILPIs do estado do Rio de Janeiro, este evento contou com a presença recorde de 316 inscritos gratuitamente no período da manhã e da tarde.

No período da manhã foi realizada uma parte teórica e no período da tarde foi realizado oficinas práticas. Primeiramente contou com as seguintes palestras: Pela cultura de não contenção, Panorama fiscalizatório sobre contenção mecânica no estado do Rio de Janeiro, a vedação da contenção sob a ótica da convenção sobre os direitos das pessoas idosas com deficiência e contenção farmacológica: quais as implicações clínicas para o idoso? A tarde as oficinas simultâneas foram: Estratégias de cuidado livre de contenção, implicações da contenção sobre a dinâmica alimentar e estado nutricional do idoso e a ética, o serviço social e a intervenção na garantia de direitos.

As próximas capacitações já têm datas marcadas e aconteceram em Campos dos

Goytacazes e Petrópolis no mês de junho de 2017 e no Rio de Janeiro em Setembro de 2017.

PLANO DE AULA

PLANO DE AULA: Curso de capacitação para ILPIs – Estratégias de Cuidado Livre de Contenção.

TEMA: Não contenção em ILPIs.

OBJETIVOS

GERAL: Oferecer alternativas de cuidados a idosos institucionalizados livre de contenção.

ESPECÍFICOS:

- Conhecer as formas de contenção
- Discutir segurança do Paciente x Cuidados livre de contenção
- Estimular através de exemplos práticos como realizar cuidados livre de contenção

CONTEÚDO

Cuidados de Longa Duração
Direitos Humanos e dos Idosos
Tipos de Contenção
Motivos e exceções do uso da contenção
Riscos e consequências do uso da contenção
Pela Cultura de não Contenção da Pessoa Idosa

METODOLOGIA

Seminário para a primeira parte com conceitos teóricos.
E discussão em grupo para a parte pratica com casos clínicos.

AVALIAÇÃO

Autoavaliação

REFERÊNCIAS

Hamers JPH, Huizing AR: Why do we use physical restraints in the elderly?⁽¹⁰⁾

Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM, Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm.⁽⁴⁷⁾

Mislej, Maila ; Bicego, Livia. Assitenza e diritti – 1 edizione, maggio 2007. Roma.

O segundo produto trata de uma cartilha ilustrativa e descritiva sobre o que é contenção, tipos de contenção e a correlação das contenções com a violação dos direitos dos idosos. Essa cartilha será direcionada aos promotores de justiça do Estado do Rio de Janeiro. Este material está sendo produzido em conjunto com o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência do MPRJ, e aguardava os dados aqui produzidos para subsidiar a discussão e produção conjunta com o grupo do MPRJ.

REFERÊNCIAS

1. Menezes AK. Alternativas não medicamentosas para as dificuldades comportamentais da pessoa idosa [Internet]. Gerontologia Online: Arianna Kassiadou Menezes. 2015 Aug – [cited 2017 Jan 14]. Available from: <http://www.gerontologiaonline.com.br/index.php/pt/2014-06-07-22-22-01/caleidoscopio-digital-category/itemlist/category/69-21-grupo-da-triplice-alianca-pela-difusao-da-cultura-de-nao-contencao-da-pessoa-idosa-dependente>
2. Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Roteiro de atuação: O ministério Público e a fiscalização do serviço de acolhimento institucional de Longa Permanência para idosos. Rio de Janeiro, 2015.
3. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). 1946 [cited 22 Mar 2017]. Available from: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
4. Brasil. Estatuto do Idoso: Lei Federal No. 10.741 de 01 de outubro de 2003. Brasília (2003).
5. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado (1988).
6. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-91.
7. OECD/European Commission. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. 2013. doi: 10.1787/9789264194564-en
8. Wang W-W, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. Aust J Adv Nurs. 2005 Jun;22(4):46–52. PubMed PMID: 2006101745.
9. Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working

conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care*. 2006 Dec;44(12):1114–20. doi: 10.1097/01.mlr.0000237198.90970.64. PubMed PMID: 17122716.

10. Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriat*. 2005 Feb;38(1):19-25. doi: 10.1007/s00391-005-0286-x.

11. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations. *J Med Ethics*. 2006 Mar;32(3):148-52. doi: 10.1136/jme.2005.012708.

12. Lane C, Harrington A. The factors that influence nurses use of physical restraint: A thematic Literature review. *Int J Nurs Pract*. 2011 Apr;17(2):195-204. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01925.x.

13. Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical restraint use: A nursing perspective. *Medic-Surg Nurs* [Internet]. 2006 Jun [cited 2016 Jan 12];15(3):163–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16817298>

14. Wagner LM, Capezuti E, Brush B, Boltz M, Renz S, Talerico KA. Description of an advanced practice nursing consultative model to reduce restrictive siderail use in nursing homes. *Res Nurs Health*. 2007 Mar 22;30(2):131–40. doi: 10.1002/nur.20185.

15. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JPH. Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jan;61(1):107–12. doi: 10.1111/jgs.12057. PubMed PMID: 23301773.

16. Mamun K, Lim J. Use of physical restraints in nursing homes: Current practice in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2005 Mar;34(2):158–62. PubMed PMID: 15827662.

17. Wang W-W, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. *Aust J Adv Nurs*. 2005 Jun;22(4):46–52. PubMed PMID: 2006101745.

18. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical

restraints in residential aged care facilities: A community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2014 Jan;70(1):130–43. doi: 10.1111/jan.12176. PubMed PMID: 23734585.

19. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;24(10):1110–8. doi: 10.1002/gps.2232. PubMed PMID: 19280680.

20. Hamers JPH, Meyer G, Köpke S, Lindenmann R, Groven R, Huizing AR. Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2009 Feb;46(2):248–55. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.06.007

21. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JPH. Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. *J Am Geriatr Soc*. 2013 Jan;61(1):107–12. doi: 10.1111/jgs.12057. PubMed PMID: 23301773.

22. Voyer P, Verreault R, Azizah GM, Desrosiers J, Champoux N, Bédard A. Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatr*. 2005 Nov;5(1):13. doi: 10.1186/1471-2318-5-13. PubMed PMID: 16280091.

23. Ramos LMFMB. Efeitos decorrentes da restrição mecânica no doente [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1982.

24. Menezes TMO. Restrição da mobilidade no paciente idoso [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1993.

25. Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas Ev, Py L, editors. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

26. Groisman D. Asilos de velhos: passado e presente. *Estud interdiscip envelhec*

[Internet]. 1999 [cited 22 Mar 2017];2:67-87. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5476/3111>

27. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7th ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.
28. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 – Regulamento Técnico para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df
29. Lana LD, Schneider RH. The frailty syndrome in elderly: a narrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014 Set; 17(3):673-80. doi: 10.1590/1809-9823.2014.12162
30. Perez M, Lourenço RA. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013 Jul;29(7):1381-91. doi: 10.1590/S0102-311X2013000700012
31. Ribeiro CA, Silva DAM, Rizzo LA, Ventura MM. Frequência da síndrome de imobilidade em uma enfermaria de geriatria. *Geriatrics, Gerontology and Aging* [Internet]. 2011 [cited 2017 May 03];5(3):136-9. Available from: <http://ggaging.com/details/235/pt-BR>
32. Jenšovský J. Involutional Osteoporosis: Sarcopenia, Frailty Syndrome and Falls. *Gerontorheumatology.* 2017 Jan;351-61. doi: 10.1007/978-3-319-31169-2_34
33. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
34. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders.* Virginia: American Psychiatric Pub; 2006. 1600 p.
35. COFEN. Resolução nº 427 de 08 de maio de 2012: normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília (DF): COFEN;

2012.

36. Sarlet IW. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 5th ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2007.

37. Convenção Americana de Direitos Humanos. Pacto de San José da Costa Rica. Piovesan P. Direitos humanos e o Direito Constitucional Internacional [Internet]. 1969 [cited 2017 Jan 25];10:489-509. Available from: <http://mirador.org.bo/wp-content/uploads/2015/04/MNI03-1978-.pdf>

38. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Van Rossum E, Ambergen T, Kempen GIJM, Hamers JPH. Effects of small-scale, home-like facilities in dementia care on residents' behavior, and use of physical restraints and psychotropic drugs: A quasi-experimental study. *Int Psychogeriatrics*. 2014 Apr;26(4):657–68. doi: 10.1017/S1041610213002512

39. Vandervoort A, Van den Block L, van der Steen JT, Volicer L, Stichele RV, Houttekier D, et al. Nursing home residents dying with dementia in Flanders, Belgium: a nationwide postmortem study on clinical characteristics and quality of dying. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jul;14(7):485–92. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.016

40. Chiba Y, Mitani YN, Kawasaki M. A national survey of the use of physical restraint in long-term care hospitals in Japan. *J Clin Nurs*. 2012 Feb;21(9-10):1314-26. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03971.x/full

41. Halfens RJG, Meesterberends E, Nie-Visser NC, Lohrmann C, Schönherr S, Meijers JMM, et al. International prevalence measurement of care problems: results. *J Adv Nurs*. 2013 Sep;69(9):e5–17. doi: 10.1111/jan.12189/full

42. Castle NG, Degenholtz H, Engberg J. State variability in indicators of quality of care in nursing facilities. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2005 Sep;60A(9):1173–9. doi: 10.1093/gerona/60.9.1173

43. Ben Natan M, Akrish O, Zaltkina B, Noy RH. Physically restraining elder residents of long-term care facilities from a nurses' perspective. *Int J Nurs Pract*. 2010 Sep;16(5):499–507. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01875.x/full

44. Saarnio R, Isola A. Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members. *Res Gerontol Nurs*. 2009 Oct;2(4):276–86. doi: 10.3928/19404921-20090706-02
45. Miu DKY, Chan KC. Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. *J Clin Gerontol Geriatr*. 2014 Mar;5(1):23–7. doi: 10.1016/j.jcgg.2013.09.001
46. Capezuti E, Brush BL, Won RM, Wagner LM, Lawson WT. Least restrictive or least understood? Waist restraints, provider practices, and risk of harm. *J Aging Soc Policy*. 2008 Jan;20(3):305–22. doi: 10.1080/08959420802050967
47. Cabello CMG, Trinidad DT, Cordero PR, Fernández JPG, Ruiz JGA, Pecharroman AO, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008 Jul;43(4):208–13. doi: 10.1016/S0211-139X(08)71184-3
48. Gobert M, d’Hoore W, Mora-Fernández J, Moldes-Rodríguez MP, Tilquin C. Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005 Feb;40(1):7–17. doi: 10.1016/S0211-139X(05)74817-4
49. Hoben M, Chamberlain SA, Knopp-Sihota JA, Poss JW, Thompson NG, Estabrooks CA. Impact of symptoms and care practices on nursing home residents at the end of life: A rating by front-line care providers. *JAMDA*. 2015 Nov;17(2):155-61. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.002
50. Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, Lukas A, Denkinger MD, Carfi A, et al. Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Jan;17(2):184.e9-184.e14. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.014
51. Ghinescu M, Olaroiu M, Aurelian S, Halfens RJG, Dumitrescu L, Schols JMGA, et al.

Assessment of Care Problems in Romania: Feasibility and Exploration. *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Jan;16(1):86.e9–86.e12. doi: 10.1016/j.jamda.2014.10.015

52. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2th ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009.

53. Brasil. Lei estadual No. 3875 de 24 de Junho de 2002, que regula a quantidade de idosos moradores de ILPI no Rio de Janeiro. Brasília (Jun 24, 202).

54. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* [Internet]. 1963 [cited 2017 Apr 25];185:94-9. Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10016116103/>

55. Lino VTS, Pereira SRM, Bastos LAC, Camacho LAB, Camacho L, Camacho LA, et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 Aug [cited 2017 Apr 29];40(4). Available from: <https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n1/103-112/pt/>

56. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975 Nov;12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

57. Lourenço RA, Veras R. Mini-exame do estado mental: características psicometricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 Aug [cited 2017 Apr 25]; 40(4):712-9. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102006000500023&script=sci_arttext&tlng=

58. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994 [cited 2017 Apr 24];52:[about 7 p.]. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45063290/The_Mini-Mental_State_Examination_in_an_20160425-24639-

1d3ybhn.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1521162961
&Signature=t0lUNdOsw06%2B30dMw4ESUhLyXKw%3D&response-content-
disposition=inline%3B%20filename%3DThe_Mini-Mental_State_Examination_in_an.pdf

59. Curtin University of Technology; Silver Chain Nursing Association and School of Nursing and Midwifery. STAR Skin Tear Classification System Guidelines [Internet]. 2010 [cited 2017 Mar 16]. Available from: http://www.awma.com.au/publications/2010_wa_star-skin-tear-tool-g-04022010.pdf

60. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 16]. Available from: <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-Jan2016.pdf>

61. Favero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

62. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): COFEN; 2012.

63. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 May;26(2):43-7. doi: 10.1093/ageing/26.suppl_2.43

64. Miles SH. Deaths between bedrails and air pressure mattresses. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jun;50(6):1124–5. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50271.x

65. Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud*. 2009 Apr;46(4):459–69. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.03.005

66. Lane C, Harrington A. The factors that influence nurses' use of physical restraint: A thematic literature review. *Int J Nurs Pract*. 2011 Mar;17(2):195-204. doi: 10.1111/j.1440-172X.2011.01925.x
67. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol*. 1998 Jan;53A(1):M47-M52. doi: 10.1093/gerona/53A.1.M47
68. Wu SC, Wu S-F, Huang H-C. Nurses' attitudes towards physical activity care among older people. *J Clin Nurs*. 2013 Jun;22(11-12):1653-62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04260.x
69. Hamers JPH, Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Capezuti E, Van Rossum E. A Dutch roadmap for care without belts usage. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2013 Dec;44(6):253-60. doi: 10.1007/s12439-013-0047-z
70. Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF. Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: a cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*. 2006;6(1):17. doi: 10.1186/1471-2318-6-17

ANEXO 01



Roteiro de Fiscalização em ILPI.

Data da vistoria: ____/____/____.

Nome da

Instituição: _____

Processo: MPRJ: _____.

Endereço da

ILPI: _____.

Existe quesitos: SIM () NÃO (). Quantos _____

Pessoa que responde as solicitações: _____

1- Regularidade Documental

Documento constitutivo: _____

Alvará de localização e funcionamento: Inscrição Municipal _____

Licença Sanitária: _____

Laudo de aprovação pelo Corpo de Bombeiros: _____

Comprovação de inscrição no Conselho Municipal do Idoso: _____

Plano de Trabalho: _____

Nome Fantasia: _____

Razão Social: _____

CNPJ: _____

Contrato de prestação de serviço: _____

Horário de visitas: _____

Convivência e atividades ofertadas: _____

Telefone: () _____

E-mail: _____

Situação do Imóvel () Próprio () Alugado () outros: _____

Valor pago pela família: _____

Identificação Externa visível: SIM () NÃO ()

Natureza Jurídica: _____

Publico: _____

Capacidade Máxima informada: _____

Nº de Acolhidos no dia da inspeção: _____

Empresa contratada responsável pela dedetização:

Empresa contratada responsável pela Remoção dos Resíduos de Serviços de Saúde:

Empresa contratada responsável pela limpeza de reservatórios:

Existe Responsável técnico pela ILPI junto a Vigilância sanitária: _____

_____ Formação: _____

_____ CONSELHO: _____ CH: _____ . C.H mínima: 20Hrs/semana.

() vencida () Valida () Novo protocolo

Responsável técnico pela Enfermagem NOME: _____

COREN: _____ C.H: _____ () VALIDA () VENCIDA ()

DECLARAÇÃO

Responsável técnico pela Nutrição

NOME: _____

CRN _____ C.H: _____ () VALIDA () VENCIDA ()

DECLARAÇÃO

Responsável técnico pela medicina

NOME: _____

CRM _____ C.H: _____ () VALIDA () VENCIDA ()

DECLARAÇÃO

Responsável técnico pela Assistente Social

NOME: _____

_____ Conselho _____ C.H: _____ () VALIDA () VENCIDA

() DECLARAÇÃO

2- Da organização.

Quantos idosos sexo masculino: _____

Quantos idosos sexo feminino: _____

Quantos idosos grau de dependência I: _____

Quantos idosos grau de dependência II: _____

Quantos idosos grau de dependência III: _____

Qual instrumento usado para aferir a dependência: _____

Algum serviço é terceirizado: SIM () NÃO () Se sim qual: alimentação (), limpeza (), Lavanderia () RSS() Remoção de emergência ().

Nome da empresa: _____

2- Recursos humanos.

Equipe técnica de curso superior: () Enfermeiro qnts_____ () Médico qnts_____

() Nutricionista qnts_____ () Assistente Social qnts_____ () Psicólogo qnts_____

() Fisioterapeuta qnts_____ () Terapeuta Ocupacional qnts_____ () Farmacêutico

qnts_____ () Outros qnts_____

Técnicos de enfermagem: () SIM NÃO ()

Quantos

TOTAL: _____ C.H: _____

PLANTÃO DIURNO: QUANTOS:

_____ C.H _____

PLANTÃO NOTURNO:

QUANTOS _____ C.H _____

Cuidadores de idosos: Quantos total: _____ C.H: _____

PLANTÃO DIURNO: QUANTOS: _____ C.H _____

PLANTÃO NOTURNO: QUANTOS _____ C.H _____

Atividades desenvolvidas pelos cuidadores: _____

Escala de enfermagem: () SIM NÃO ()

Rotina de enfermagem: () SIM NÃO ()

Rotinas de cuidados com os idosos () Sim NÃO ()

A ILPI realiza atividade de educação permanente em gerontologia? SIM () NÃO ().

Alimentos Liquidificados juntos: () Sim NÃO ()

Cardápio Nutricional: () Sim NÃO () Esta sendo seguido no dia () Sim NÃO ()

Existe Pac. Com GTT: () Sim NÃO ()

3- Resíduos de serviço de saúde - RSS.

EXISTENCIA DE CAIXA PARA DESCARTE DE MATEIAL PERFUROCORTANTE: () SIM NÃO ()

Qual empresa terceirizada: _____

Realiza curativo nos pacientes: () SIM NÃO () se sim onde é armazenado e descartado o lixo para essa atividade

finalidade: _____

Estocagem de medicamentos () SIM NÃO ().

Existência de local para preparo das medicações, com bancada e cuba: () SIM Não ().

Dispenser de sabão e toalhas de papel: ()SIM ()NÃO.

Plano de atenção integral a saúde do idoso rdc n.º 283: () SIM NÃO ().

Lista de eventos sentinelas()SIM NÃO ().

3 -Infra-estrutura.

Como é feito a rotina de medicamentos:

() Separados em caixas por nome de cada idoso () Todos juntos ()

Luz de vigília() SIM NÃO ()

Campainha () SIM NÃO ()

Cópia da RDC.283. () Sim Não ()

Rotina de limpeza da instituição () SIM () NÃO

Rotina de lavagem de roupas dos idosos () SIM () NÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA ATUALIZADA () SIM NÃO ().

Aprazamento das medicações () SIM NÃO ().

Anamnese inicial () SIM NÃO ().

Prontuário

Médico: _____

Prontuário de Enfermagem: _____

Prontuário Nutrição: _____

Data da última evolução: _____

Livro de ordens e ocorrências: () SIM NÃO ().

Existe SAE : () SIM NÃO ().

Existe evolução de enfermagem feita pelos técnicos () SIM NÃO ().

EM CASO DE emergência para onde são levados: _____

Remoção dos idosos: () SAMU () ambulância da ILPI ()Carro Particular () Outros

Hospital de referencia: _____.

UPA de referencia: _____

ESF de referencia: _____

CAPS de referencia: _____

Medicamentos.

Farmácia popular: _____.

Familiar traz as medicações: _____.

Guarda da medicação: _____.

Separado por idosos: _____.

Rotina de separação: _____.

Idosos contidos: () SIM NÃO () Quantos: _____

Instituição:

Número de leitos

Tipo: () particular () publica

Equipe: Enfermeira _____ Tec de enf _____ Aux de enf _____ Cuidador _____

Acessibilidade: () Adequada () inadequada

Perfil institucional: grau de dependência I () II () III ()

Plano de atividades () adequada () inadequada número de atividades _____

Prescrição de medicamentos () semanal () mensal

Idoso:

Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____

Patologias e diagnósticos CID10: _____

Quanto tempo de institucionalização: _____

Deambula: () SIM () NÃO () Com auxílio

Cadeira de rodas () Leito ()

Mecânica: amarras, lençol, ataduras () cinto abdominal () colete () bandeja ()

De que material é feito a contenção: _____

Quantas horas o idoso fica contido: _____

Ambiental: Grades de cama () Grades de porta () privação as Alas ()

Número de remédios _____ Número de psicotrópicos _____

Existência de protocolo para realização de contenção () SIM () NÃO

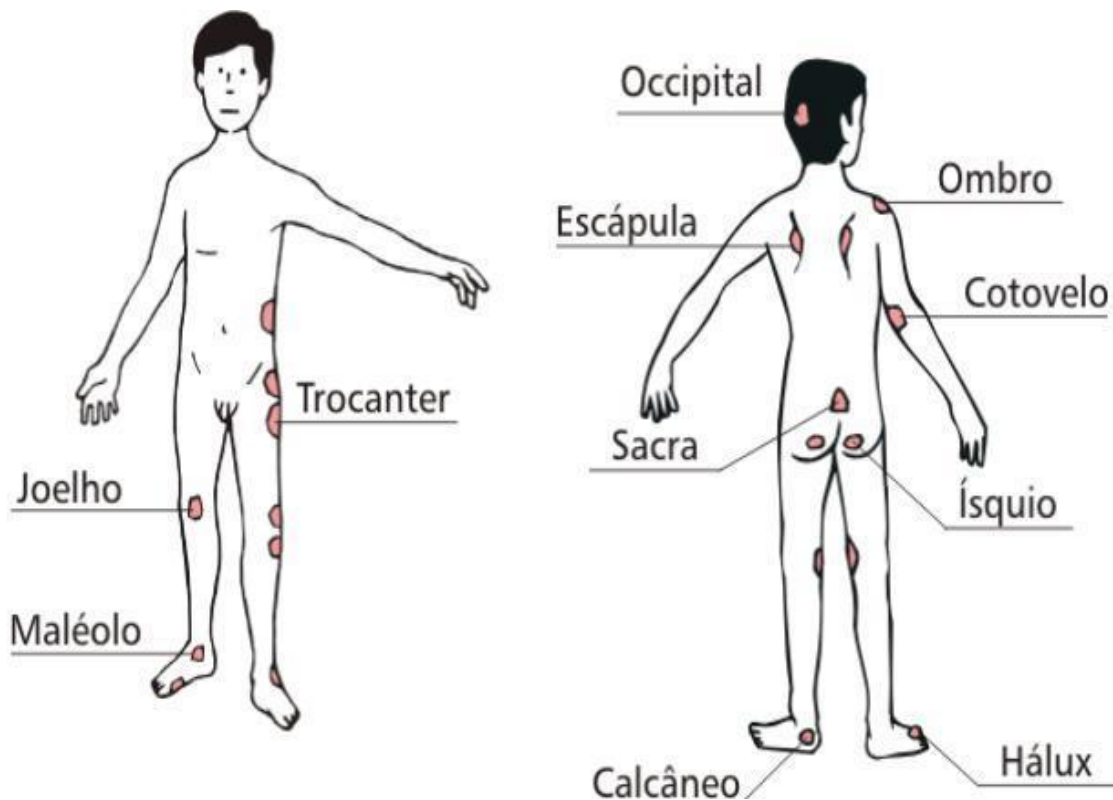
Se sim Qual: _____

Justificativa para realização da contenção: () Agitação () Agressividade
() risco de queda () Perambulação () Ordem familiar () protocolo institucional
() Vontade do idoso () Ordem médica () Falta de funcionários na ILPI

Escalas Gerontológicas

Escalas	Score
Katz	
MEEM	

U.P.P. Local e classificação:



Observações:

Mecânica

Farmacológica

Perguntas qualitativas:

Houve algum episódio que você teve a necessidade de conter?

Como Foi? Descreva?

ANEXO 2

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA - KATZ- (AVDs)

NOME: _____ PRONT: _____

ÁREA	OPÇÕES	/	/	/
4.2.1 B a n h o	- NÃO recebe assistência, entra e sai do chuveiro sem ajuda	()	()	()
	- recebe assistência para lavar somente uma única parte do corpo (costas os pernas)	()	()	()
	- recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo	()	()	()
	- não toma banho sozinho	()	()	()
Vestuário	- veste-se completamente SEM assistência (tirar as roupas do armário e vesti-las, incluindo roupas íntimas e roupas de passeio, como a utilização de fechos, suspensórios e colchetes)	()	()	()
	- veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos	()	()	()
	- recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário	()	()	()
	- não se veste sozinho	()	()	()
Higiene Pessoal	- vai ao banheiro SEM assistência, limpando-se e arrumando as roupas;	()	()	()
	- recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas: ou recebe ajuda no manuseio de comadre/patinho somente à noite.	()	()	()
	- não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro	()	()	()
Transfêrência	- deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira, SEM assistência: pode utilizar-se de objetos para auxílio como bengala e andador	()	()	()
	- deita e levanta da cama, ou senta e levanta da cadeira com assistência	()	()	()
	- não se levanta da cama	()	()	()
Continência	- controle esfincteriano (urinário e fecal) completo, por si só	()	()	()
	- ocorrência de “acidentes” ocasionais	()	()	()
	- supervisão no controle esfincteriano, cateter é utilizado, ou é incontinente	()	()	()
Alimentação	- alimenta-se SEM assistência	()	()	()
	- alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	()	()	()
	- alimenta-se com assistência, ou é alimentado de maneira parcial/completa com sondas ou fluídos IV	()	()	()
TOTAL				

APLICADO POR: _____ CARIMBO _____
ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – KATZ

- A- **Independência** em todas as seis atividades
- B- Independência em todas as atividades diárias, exceto **uma**
- C- Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar **Banho** e uma outra função
- D- Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar **Banho, vestir-se**, e uma outra função
- E- Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar **Banho, vestir-se, “ir ao banheiro”**, e uma outra função
- F- Independência em todas as atividades diárias, exceto tomar **Banho, vestir-se, “ir ao banheiro”, transferir-se** e uma outra função
- G- **Dependência** em todas as seis atividades

ANEXO 03

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Paciente: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....()
- Dia do mês (1 Ponto)()
- Mês (1 Ponto).....()
- Ano (1 Ponto)()
- Hora Aproximada (1 Ponto).....()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....()
- Cidade (1 Ponto).....()
- Estado (1 Ponto).....()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

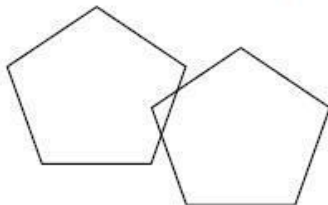
- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)()
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,
dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()



SCORE (___ / 30)

Fonte: FOLSTEIN *et al.* Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, v. 12 n. 3 p.189-198. 1975

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (INSTITUIÇÃO) Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Título do Projeto: **Prevalência de Contenção Mecânica em Instituições de Longa Permanência Para Idosos.**

Pesquisadora Responsável: Profª Dra. Rosimere Ferreira Santana.

Instituição em que trabalha o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato do Pesquisador: (21)26299464 (21) 988241026

Nome da instituição: _____ CNPJ _____

Responsável legal _____ R.G. Responsável legal: _____

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, do estudo de pesquisa PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS de responsabilidade da pesquisadora Profª Dra. Rosimere Ferreira Santana.

A contenção mecânica é comumente descrita na literatura como empregada em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) e, em alguns países há uma alta prevalência de 15% a 66%, que na maioria dos casos são utilizadas por um período de mais de 03 meses, e como medida de rotina. Porém, não há dados no Brasil sobre sua prática. Este estudo objetiva: Estimar a prevalência de contenção mecânica em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro.

Para tanto, serão observados os idosos que no momento da inspeção estiverem contidos, e solicitado assentimento para participação na pesquisa, será realizado uma abordagem clinica como um procedimento padrão de consulta gerontológica. Ao final orientações pertinentes sobre medidas e meios de contenção se necessária poderão ser fornecidas aos responsáveis.

Dando prosseguimento a coleta de dados, o mesmo número de idosos contidos encontrados na instituição investigada serão sorteados em igual número de idosos não contidos para avaliação das mesmas variáveis, que se procederá com os mesmos instrumentos, excetados das questões referentes a contenção, após assentimento, similar a uma avaliação gerontológica

Compromete-se com o sigilo das informações que serão armazenadas por cinco anos, e posse do pesquisador, que depois se compromete com o descarte seguro das informações. Garante-se o anonimato dos idosos, profissionais que participarem da pesquisa, estes não terão tratamento diferente por estarem participando da pesquisa. Também será mantido sigilo das instituições participantes do estudo, estas serão denominadas por números ordinais sequenciais.

Quantos aos Riscos de participação do estudo esclarece que a pesquisa acontecerá em um fluxo natural da fiscalização; respeitará a rotina e as normas da instituição; a abordagem aos idosos se dará de modo intencional, simulando uma avaliação gerontológica, para evitar possível constrangimento e, também informações complementares advindas do prontuário do idoso; nenhum nome será anotado e, também não será possível identificar a ILPI em que se encontra determinado idoso.

Benefícios do estudo ressalta-se o caráter inédito, pois ainda não se sabe no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, a prevalência da contenção mecânica em idosos contidos em ILPIs. Com esses dados, políticas públicas para redução e treinamento profissionais podem ser priorizadas e desenhadas com mais especificidade. Outro benefício seria para a literatura científica brasileira, o desenho do estudo pode ser replicado de modo mais abrangente em outros cenários para determinação das taxas de prevalência no País. Por não haver diretrizes sobre apropriado treinamento, mecanismos de exceção para uso das técnicas de contenção, tempo de duração e motivo para ser realizada a contenção, os participantes do estudo poderão se beneficiar num futuro.

Contudo, no momento da realização do estudo, os idosos investigados que estiverem contidos de modo precário ou sem motivo declarado, receberão atendimento do pesquisador e será fornecido ao funcionário e responsáveis da instituição orientação quanto aos procedimentos adequados.

Esclareço que a participação é *voluntária* e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento, fiscalização, ou qualquer outra penalização. Não há valores ou formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa, os custos são de responsabilidade da equipe de pesquisa.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: e.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RGn° _____, responsável legal por _____, RG n° _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no estudo de pesquisa acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

(Responsável legal)

(Responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE B

Termo de Assentimento

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Título do Projeto: **Prevalência de Contenção Mecânica em Instituições de Longa Permanência Para Idosos.**

Pesquisadora Responsável: Profª Dra. Rosimere Ferreira Santana.

Instituição em que trabalha o Pesquisador Responsável: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/ Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato do Pesquisador: (21)26299464 (21) 988241026

Nome do idoso: _____ RG _____

Responsável legal _____ R.G. Responsável legal: _____

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, do estudo de pesquisa PREVALÊNCIA DE CONTENÇÃO MECÂNICA EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS de responsabilidade da pesquisadora Profª Dra. Rosimere Ferreira Santana.

Para tanto realizaremos uma avaliação gerontológica ampla, a mesma que o Sr. Comumente realiza na instituição, com perguntas e exames sobre sua capacidade funcional para atividades de vida diária e bem-estar. Compromete-se em respeitar seu tempo e condições para as respostas. O Sr. pode interromper ou se recusar a participar em qualquer momento da investigação.

Compromete-se com o sigilo das informações que serão armazenadas por cinco anos, e posse do pesquisador, que depois se compromete com o descarte seguro das informações. Garante-se o anonimato dos idosos, profissionais que participarem da pesquisa, estes não terão tratamento diferente por estarem participando da pesquisa. Também será mantido sigilo das instituições participantes do estudo, estas serão denominadas por números ordinais sequenciais.

Quantos aos Riscos de participação do estudo esclarece que a pesquisa acontecerá em um fluxo natural da fiscalização; respeitará a rotina e as normas da instituição; a abordagem aos idosos se dará de modo intencional, simulando uma avaliação gerontológica, para evitar possível constrangimento e ,também informações complementares advindas do prontuário do idoso; nenhum nome será anotado e, também não será possível identificar a ILPI em que se encontra determinado idoso.

Benefícios do estudo ressalta-se o caráter inédito, pois ainda não se sabe no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, a prevalência da contenção mecânica em idosos contidos em ILPIs. Com esses dados, políticas publicas para redução e treinamento profissionais podem ser

priorizadas e desenhadas com mais especificidade. Outro benefício seria para a literatura científica brasileira, o desenho do estudo pode ser replicado de modo mais abrangente em outros cenários para determinação das taxas de prevalência no País. Por não haver diretrizes sobre apropriado treinamento, mecanismos de exceção para uso das técnicas de contenção, tempo de duração e motivo para ser realizada a contenção, os participantes do estudo poderão se beneficiar num futuro.

Esclareço que a participação é *voluntária* e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento, fiscalização, ou qualquer outra penalização. Não há valores ou formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa, os custos são de responsabilidade da equipe de pesquisa.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro, para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: e.mail: etica@vm.uff.br Tel/fax: (21) 26299189

Eu, _____, RGnº _____,
responsável legal por _____, RG nº _____ declaro
ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no estudo de pesquisa
acima descrito.

Niterói, ____ de _____ de _____

(Responsável legal)

(Responsável por obter o assentimento)