

Contenção mecânica em idosos da atenção domiciliar: estudo transversal



Physical restraint in elderly of home care: cross study

Sujecion mecánico en personas mayores de cuidado en casa: estudio transversal

Cristiane da Silva Gabriel Capeletto^a

Rosimere Ferreira Santana^a

Lívia Maria da Silva Souza^a

Keila Mara Cassiano^a

Ana Carolina Siqueira de Carvalho^a

Patrícia de Fátima Augusto Barros^a

Como citar este artigo:

Capeletto CSG, Santana RF, Souza LMS, Cassiano KM, Carvalho ACS, Barros PFA. Contenção mecânica em idosos da atenção domiciliar: estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20190410. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190410>

RESUMO

Objetivo: Estimar a prevalência da contenção mecânica e fatores associados à sua prática na Atenção Domiciliar.

Métodos: Estudo transversal, realizado com 162 idosos de um programa de atenção domiciliar no Rio de Janeiro, de março de 2018 a julho de 2018. Utilizada como técnica de coleta de dados a observação direta e entrevista estruturada.

Resultados: Encontrou-se uma prevalência de 13% da contenção mecânica em idosos na Atenção domiciliar; mais frequente foi de membros e tronco, realizado com atadura, tecidos e lençol; justificativas do uso: controle da agressividade (28,6%), prevenção de quedas (19%) e proteção (19%); houve associação das variáveis do perfil com o desfecho de contenção: rotina de dias alternados (p-valor=0,000), não deambulação (p-valor=0,020), restrição ao leito (p-valor=0,000) e uso de cateter vesical de demora (p-valor=0,006).

Conclusão: Destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, cuidadores formais e informais, no sentido de desnaturalizar a prática da contenção no domicílio.

Palavras-chave: Restrição física. Visita domiciliar. Enfermagem domiciliar. Enfermagem geriátrica. Saúde do idoso.

ABSTRACT

Objective: To estimate the prevalence of mechanical restraint and factors associated with its practice in elderly in Home Care.

Methods: This was a cross-sectional study with 162 elderly randomly assigned to a home care program in Rio de Janeiro, from March 2018 to July 2018. Used as a technique for data collection and direct observation and structured interview of elderly clinical data. Data were analyzed descriptively and inferentially.

Results: There was a 13% prevalence of mechanical restraint in elderly in home care. The most frequent restraints were the use of bandage, tissues and sheets in the arms/legs and chests of the elderly, and the justification for their use were control of aggressive behavior (28.6%), prevention of falls (19%) and protection (19%). Of the total elderly participants, 42.9% remained contained for more than 24 hours, and in 85.7% of the cases, the individuals were confined to a room.

Conclusion: It is necessary to expand the training of formal and informal caregivers, recommending the rehabilitation of care practices that preserve the elderly's autonomy, giving them dignity, respecting gerontological and home care principles.

Keywords: Restraint, physical. House calls. Home health nursing. Geriatric nursing. Health of the elderly.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la prevalencia de la restricción mecánica y los factores asociados con su práctica en ancianos en Atención domiciliaria.

Métodos: Este fue un estudio transversal de 162 ancianos asignados aleatoriamente a un programa de atención domiciliaria en Río de Janeiro, sin período de marzo de 2018 a julio de 2018. Utilizado como técnica para la recopilación de datos y observación directa y entrevista estructurada de datos clínicos de ancianos. Los datos se analizaron de forma descriptiva e inferencial.

Resultados: Hubo una prevalencia de restricción mecánica del 13% en los ancianos de la atención domiciliaria. Los más frecuentes fueron las extremidades y el tronco, realizados con vendas, tejidos y sábanas, y como justificación de su uso: control de la agresividad (28,6%), prevención contra caídas (19%) y protección (19%). De los participantes de edad avanzada, el 42,9% permanece contenido durante más de 24 horas, en el 85,7% de los casos, restringido en una habitación individual.

Conclusión: Es necesario ampliar la capacitación de los cuidadores formales e informales, recomendando prácticas de atención de rehabilitación que preserven la autonomía de los ancianos, dándoles dignidad, respetando los principios gerontológicos y de atención domiciliaria.

Palabras clave: Restricción física. Visita domiciliaria. Cuidados de enfermería en el hogar. Enfermería geriátrica. Salud del anciano.

^a Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O cenário global de acelerado envelhecimento populacional acompanhado pelos altos custos da assistência à saúde e a uma busca constante por bem-estar, qualidade de vida e cuidado humanizado propiciaram a expansão da Atenção Domiciliar (AD)⁽¹⁻²⁾. Essa modalidade de assistência em saúde se consolidou como uma alternativa de custo reduzido para a atenção em saúde com vistas a promoção do cuidado integrado, desospitalização, redução de custos e asilamento hospitalar⁽¹⁻⁵⁾.

Na atenção domiciliar, a família é o elo principal na implementação do cuidado residencial⁽⁴⁾, em especial, na modalidade AD1 que destina-se à pacientes que possuam dificuldades de locomoção até o serviço de saúde, com comorbidades controladas, que necessitam de cuidados de menor intensidade, podendo incluir o acompanhamento na pós-alta hospitalar, e uma das mais extensas na rede de atenção domiciliar responsável por quase 70% dos casos⁽⁵⁾. E é nesse processo de desospitalização e migração para os cuidados domiciliares, é que podem ocorrer, por parte da família ou de seus cuidadores, as transposições e inaptações empíricas de técnicas e práticas de cuidados realizadas nos hospitais⁽⁴⁾. Uma das transposições encontradas no cuidado em ambiente domiciliar é a prática da contenção.

A contenção pode ser classificada em quatro subtipos: física, mecânica, química ou farmacológica, e ambiental. A contenção física pode ser definida como qualquer método manual; trata do uso do corpo do profissional de saúde para restringir o paciente, seja por algum tempo, ou para sustentar a medida mecânica, que poderia ser aplicada a seguir. A contenção mecânica definida como aquela que utiliza de material ou equipamento ligado ou adjacente ao corpo do indivíduo, que não pode ser removido e que restringe a liberdade de movimento ou acesso normal ao corpo. A contenção química é o uso de uma droga ou medicamento para controlar o comportamento do paciente ou restringir a liberdade de movimentos do paciente, e não é um tratamento padrão para a condição do paciente. A contenção ambiental trata de bloquear alguém dentro de uma ala ou um quarto também é uma medida de restrição da liberdade, denominada comumente como, sendo comum seu uso em pacientes com perambulação, para impedir a circulação dos idosos nos espaços de uso comum ou domésticos, retirada de fechaduras, dispositivos eletrônicos de bloqueio das portas e janelas.

No entanto, a contenção mais conhecida e descrita na literatura é a mecânica que como vimos refere-se ao uso de dispositivo que limita a capacidade de uma pessoa de se levantar e se mover, como: coletes, cintas abdominais, imobilizadores de pulso ou tornozelo, grades laterais, cadeiras geriátricas ou reclináveis com cintos de segurança, gizes ou

ataduras, cintas abdominais, faixas para contenção na cama, cinta pélvica, mesa para cadeira de rodas^(2,3-7).

O destaque dado a contenção mecânica pode ser justificado tanto pela observação direta em pesquisas desse subtipo como também pela descrição na literatura científica das consequências deletérias dessa prática ao paciente e sua relação com eventos adversos graves, tais como: lesões difusas no corpo; fraturas; lesões isquêmicas nas mãos e braços; contusão; luxação dos membros; diminuição da mobilidade física; aumento da agitação; delirium; lesão por pressão; dupla incontinência; fraturas de quadril; desnutrição; diminuição na força muscular e equilíbrio; lesões graves como traumas no crânio, fraturas e morte por asfixia⁽⁷⁻¹³⁾.

Existem somente três estudos de prevalência na atenção domiciliar, todos internacionais, nos países Holanda, Bélgica e Japão, encontraram prevalências que variaram entre 20 e 40%, tal variação se justifica se foi considerado as grades laterais do leito como contenção mecânica. Por exemplo no estudo Holandês que revelou que as grades laterais são a contenção mais comum em idosos no domicílio (71,8%), seguida de bloqueio de portas para evitar saída (37,7%) e pouca utilização de contenção mecânica com cintos e amarras (1,9%)⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Com isso, tem-se que o entendimento sobre contenção e sua relação com eventos adversos graves ainda é desconhecido pela maioria dos enfermeiros e cuidadores formais e informais. Por conseguinte, há fortes evidências que o despreparo da equipe de saúde possa resultar em pouca orientação de práticas alternativas à contenção aos cuidadores domiciliares, expondo o idoso à contenção^(13,15-16).

É necessário destacar que no Brasil, a contenção mecânica somente deverá ser empregada, sob supervisão de um Enfermeiro, como última alternativa à prevenção de risco imediato ou iminente de vida ao paciente, desta forma, a Resolução 427/2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), determina intervenções e cuidados que devem ser seguidos no caso de uso de contenção mecânica⁽¹⁷⁾. E, no caso de necessidade do seu uso, o paciente deve ser monitorado através de verificação de sinais vitais, nível de consciência, condições da pele e circulação dos membros contidos. Os pacientes idosos merecem destaque neste assunto, pois, deve haver maior rigor de monitoramento levando em consideração o risco de desenvolvimento de *delirium* e aos riscos associados à contenção mecânica⁽¹⁷⁾.

Por isso, a necessidade de contextualizar a prática da contenção mecânica no ambiente de cuidado domiciliar, modalidade AD1 no Brasil, no qual ainda não existem estudos publicados, pode auxiliar na compreensão da ocorrência e dos fatores associados, para prever políticas públicas de treinamento das equipes, intervenções e novos estudos de seguimento dos índices. Para tanto, delimitou-se como objetivo do estudo estimar a prevalência da contenção mecânica e fatores associados à sua prática na Atenção Domiciliar.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, observacional, de abordagem quantitativa, realizado com idosos de um programa de Atenção Domiciliar, modalidade AD1, do Estado do Rio de Janeiro, no período de março de 2018 a julho de 2018.

A população de interesse foi composta por 280 idosos cadastrados no programa de atendimento domiciliar. Pela impossibilidade de realizar a pesquisa com toda a população, foi retirada uma amostra aleatória representativa deste universo. Pela impossibilidade de realizar a pesquisa com toda a população, foi retirada uma amostra aleatória representativa deste universo. Como o objetivo principal do estudo foi estimar uma prevalência P , segundo autores da área o tamanho mínimo da amostra (n)⁽¹⁷⁾, para uma margem de erro global máxima e , com correção pelo tamanho da população N , é definido pela fórmula:

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

Assim, o tamanho mínimo da amostra estimada foi de 162 idosos, com essa amostra a pesquisa ficou sujeita a erros máximos de 5% na prevalência e , em qualquer proporção estimada, ao nível de 95% de confiança. Os critérios para a inclusão dos pacientes foram estar em atendimento domiciliar, que tenham mais de 60 anos, que possuíssem familiares/cuidadores no momento da coleta e concordarem com a pesquisa.

A escolha dos 162 idosos foi feita de forma aleatória, baseada na lista de atendimento geral e na agenda do serviço. A demanda de pacientes e marcação era realizada pela equipe de Atenção Domiciliar, sem interferência da pesquisadora. No dia marcado, a enfermeira pesquisadora era direcionada à visita domiciliar. Esta rotina se repetiu até que o tamanho amostral mínimo fosse atingido.

A pesquisa utilizou como técnica de coleta de dados, a observação direta e a entrevista estruturada, contendo informações sobre o cuidador, prática de contenção e sobre dados clínicos dos idosos. O formulário era preenchido após abordagem da enfermeira visitadora durante uma visita domiciliar de rotina realizada a casa do paciente. A enfermeira, ao adentrar o domicílio iniciou o processo de observação do local, realizou consulta pertinente a sua visita e a coleta de dados no formulário, no atendimento habitual ao familiar, ao paciente e ao cuidador, registrando os dados pertinentes ao processo, o tempo médio da observação e preenchimento foi de 35 minutos. Após a observação e entrevista já com os dados coletados e formulário preenchido, o familiar/cuidador era convidado a participar da pesquisa, com orientação e assinatura a *posteriori* do Termo de Consentimento Livre

Esclarecido, em respeito à ética profissional, idosos em contenção e seus cuidadores (familiares ou não) foram orientados sobre alternativas e quanto aos cuidados com o idoso.

As variáveis do estudo foram: ocorrência de contenção, sexo, idade (anos), o grau de dependência do idoso (Escala das atividades de vida diárias – Katz), cognição (Mini Exame do Estado Mental – MEEM), ocorrência de lesão por pressão ou Lesão por fricção (Skin Tears), diagnósticos, tipo de cuidador, tempo no programa, uso de psicotrópicos, tempo de contenção do idoso.

A partir dos dados coletados foi construído um banco de dados no software Microsoft Excel® 2010 para que pudesse ser avaliado pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 22.0. Para a caracterização da amostra na análise descritiva do comportamento das variáveis, os dados foram sintetizados por meio do cálculo de estatísticas descritivas (média, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão, coeficiente de variação, proporções de interesse, como a proporção de idosos contidos), gráficos, distribuições de frequências simples e em tabelas cruzadas.

Na Análise Inferencial, as proporções de interesse também foram estimadas por intervalo de confiança para as proporções. A significância da associação entre duas variáveis qualitativas foi investigada pelo teste Quadrado e, quando este se mostrou inconclusivo, e, pelo teste Exato de Fisher quando apropriado. Na Análise Inferencial de Variáveis Quantitativas, a hipótese de normalidade da distribuição foi verificada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Quando a hipótese de distribuição normal não foi rejeitada nos grupos, a comparação de dois grupos independentes foi feita pelo teste t-de Student. A igualdade das variâncias, necessária para execução do teste t-de Student sem correção foi avaliada pelo teste de Levene. Quando para algum dos grupos a hipótese de normalidade da distribuição foi rejeitada, a comparação dos dois grupos foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Pesquisa com Seres Humanos segundo a Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em 09 de março de 2018 sob número 2.730.357 e da coparticipante em 22 de junho de 2018 sob parecer 2.886.773.

■ RESULTADOS

Tipo e prevalência da contenção

Dos 162 idosos investigados, foram encontrados 21 idosos em contenção mecânica. A partir destes dados, estima-se que a prevalência de contenção física entre os idosos em atenção domiciliar foi de 13,0%, com erro de previsão de 5,2%

ao nível de 95% de confiança, ou seja de 7,8% a 18,2%. A Tabela 1 traz as distribuições de frequências das variáveis que caracterizam a contenção dos idosos em atenção domiciliar.

Portanto, a mais frequente foi a de membros e tronco realizado com atadura, tecidos e lençol, a principal justificativa do uso foi controle da agressividade e agitação e prevenção de quedas, e o dado mais grave que permanecem contidos por mais de 12 horas. Cabe destacar que além ocorrência da contenção mecânica houve destaque a contenção do tipo ambiental encontrada em 85,7% dos casos, ou seja, além de estarem mecanicamente contidos, os idosos, em sua maioria, estavam sem acesso aos demais cômodos da

casa ou atividades externas. Outro dado relevante observado foi de que a maioria das contenções (81,0%) eram decididas pelo cuidador familiar. Ou seja, a decisão é tomada empiricamente, de modo adaptada ao modelo hospitalar, de experiências em internações anteriores, isso tudo sem o respaldo da equipe de apoio técnico profissional.

Perfil dos idoso e cuidador com a Contenção mecânica

Na tabela 2 destaca-se as características dos participantes com os dados de idosos contidos e não contidos.

Tabela 1 – Frequências das variáveis da Contenção mecânica. RJ, 2018

Características da Contenção	Amostra	
	n	%
Tipo de Contenção Mecânica		
Atadura	08	38,1
Tecido	05	23,8
Lençol	05	23,8
Grade	03	14,3
Justificativa para contenção		
Agressividade	06	28,6
Agitação	04	19,0
Risco de quedas	06	28,6
Falta Cuidadores	01	4,8
Ordem Familiar	01	4,8
Duração da contenção		
8 horas por dia (manhã)	01	4,8
8 horas por dia (noite)	04	19,0
22 horas por dia (sai para almoço)	01	4,8
22 horas por dia (sai para banho)	06	28,6
24 horas por dia	09	42,9

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Tabela 2 – Frequências das características dos idosos contido e não contidos. Rio de Janeiro, 2018

Variável	Não Contidos		Contidos		Global		p-valor
	F	%	f	%	f	%	
Sexo							
Feminino	85	60,3	13	61,9	98	60,5	0,887
Masculino	56	39,7	8	38,1	64	37,6	
Idade							
60-68 anos	36	25,5	05	23,9	41	25,4	0,276 ^(a)
69-76 anos	54	38,3	07	33,3	61	37,6	
77-84 anos	40	28,4	07	33,3	47	29,0	
85-91 anos	11	7,8	02	9,5	13	8,0	
Cuidador							
Familiar	96	68,1	10	47,6	106	65,4	0,066
Cuidador Formal	27	19,1	07	33,3	34	21,0	0,154 ^(b)
Técnico de Enfermagem	11	7,8	04	19,0	15	9,3	0,109 ^(b)
Auxiliar de Enfermagem	18	12,8	05	23,8	23	14,2	0,185 ^(b)
Rotina de Cuidados							
Manhã	24	17,0	09	28,6	30	18,5	0,229 ^(b)
Tarde	09	6,4	01	4,8	10	6,2	1,000 ^(b)
Noite	13	9,2	03	14,3	16	9,9	0,468
Dias Alternados	02	1,4	05	23,8	07	4,3	0,000
Todos os dias	95	67,4	10	47,6	105	64,8	0,077
Tempo de Serviço Integrado de Atenção Domiciliar (SIAD)							
01 ano	42	29,8	06	28,6	48	29,6	0,398 ^(a)
02 anos	42	29,8	04	19,0	46	28,4	
03 anos	15	10,6	03	14,3	18	11,1	
04 anos	14	9,9	02	9,5	16	9,9	
05 anos	18	12,8	02	9,5	20	12,3	
06 anos	04	2,8	03	14,3	07	4,3	
07 anos	06	4,3	01	4,8	07	4,3	

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

^(a) Teste de Mann Whitney ^(b) Teste Exato de Fisher

Observou-se que somente o cuidado em dias alternados foi significativamente diferentes entre os dois grupo de idosos contidos e não contidos, e esses são realizados por cuidadores formais com vinculo de trabalho.

Características do ambiente e capacidade funcional do idoso com a Contenção mecânica

Já quanto às características da casa e a demanda de cuidado observou-se as seguintes características: acessibilidade adequada da casa (64,2%); uso de cadeira de rodas (25,3%); restrito ao leito, acamados (25,9%); utiliza 01 medicamento psicotrópico (40,1%); uso de gastrostomia (18,6%); uso de cateter vesical de demora (4,3%); plano de atividades adequado (44,4%).

A distribuição do escore de KATZ que avalia a capacidade funcional do idoso, variou de 0 a 6, que resultaram numa média de 3,7, mediana de 3,0. Pelo teste de Mann-Whitney conclui-se que há diferença significativa entre os escores KATZ dos idosos não contidos e contidos (p-valor = 0,000), com menores valores para os idosos contidos, que são portanto, mais dependentes.

Quanto ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM) obteve-se uma variação de 0 a 20, que resultaram numa média de 4,2, mediana de 1,0, com coeficiente de variação igual a

1,3, pelo teste de Mann-Whitney houve diferença significativa entre as dos escores MEEM (p-valor = 0,000), menores no grupo de idosos contidos.

Outra diferença importante encontrada na demanda de cuidados e perfil dos dois grupos foi a ocorrência de lesões de fricção e pressão representadas na Figura 1.

A diferença foi significativa sob o ponto de vista estatístico (p-valor=0,001 do teste Exato de Fisher), houve razão de chances igual a 9,0 com intervalo de confiança igual a (2,6;31,4). Com isso, estima-se que a chance do idoso contido apresentar Lesões por Fricção é 9 vezes a chance de um idoso não contido apresentar Lesões por Fricção.

Na tabela 3 destacam-se os tipos de Lesão por Pressão que apesar de não terem sido significativas do ponto de vista estatístico do ponto de vista clínico os idosos contidos são diferenciados.

Associação das variáveis com a contenção mecânica

Na Tabela 4 apresenta-se a análise de associação das variáveis do perfil com o desfecho de contenção, que foram: a rotina de dias alternados (p-valor=0,000 do teste qui-quadrado), a não deambulação (p-valor=0,020 do teste

Tabela 3 – Descrição dos Casos de Lesões por Pressão nos idosos contidos e não contidos. Rio de Janeiro, 2018

Grupo	Região da Lesão	Tipo de Contenção	Tempo que o Idoso fica Contido	Número de Casos
Não Contido	Calcâneo	-	-	05
	Joelho	-	-	01
	Occipital	-	-	01
	Sacra	-	-	04
	Trocanter	-	-	01
Contido		Atadura	Noite	01
	Calcâneo	Atadura	Sai para o Banho	01
		Tecido Lençol	Noite	01
	Escápula	Atadura	24 horas	01
		Atadura	24 horas	01
	Sacra	Lençol	Manhã	01
		Tecido	Sai para o banho	02
	Atadura	24 horas	01	
	Trocanter	Tecido	Sai pra o banho	01

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Tabela 4 – Análise da associação das variáveis do perfil do idoso com o desfecho de contenção. Rio de Janeiro, 2018

Variável	Prevalência de contenção quando o fator não está presente		Prevalência de contenção quando o fator está presente		p-valor	OR	IC da OR
	f	%	f	%			
Sexo Masculino	13/98	13,3	8/64	12,5	0,887	0,9	0,4-2,4
Cuidador							
Familiar	11/56	19,6	10/106	9,4	0,066	0,4	0,2-1,1
Cuidador Formal	14/128	10,9	7/34	20,6	0,154 ^(b)	2,1	0,8-5,7
Técnico de Enfermagem	17/147	11,6	4/15	26,7	0,109 ^(b)	2,8	0,8-9,7
Auxiliar de Enfermagem	16/139	11,5	5/23	21,7	0,185 ^(b)	2,1	0,7-6,5
Rotina do Cuidador							
Manhã	15/132	11,4	6/30	20,0	0,229 ^(b)	2,0	0,7-5,5
Tarde	20/152	13,2	1/10	10,0	1,000 ^(b)	0,7	0,1-6,1
Noite	18/146	12,3	3/16	18,8	0,468	1,6	0,4-6,3
Dias Alternados	16/155	10,3	5/7	71,4	0,000	21,7	3,9-121
Todos os dias	11/57	19,3	10/105	9,5	0,077	0,4	0,2-1,1
Deambula	17/79	21,5	4/83	4,8	0,002	05	0,1-0,6
Acessibilidade Adequada	10/58	17,2	11/104	10,6	0,226	0,6	0,2-1,4
Cadeira de Rodas	18/121	14,9	3/41	7,3	0,213	0,5	0,1-2,6
Restrição ao Leito	8/120	6,7	13/42	31,0	0,000	6,3	2,4-16,6
Cateter Vesical de Demora	17/155	11,0	4/7	57,1	0,006 ^(b)	10,8	2,2-52,5
Gastrostomia	14/131	10,7	7/30	23,3	0,075 ^(b)	2,5	0,9-7,0

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

^(b) Teste Exato de Fisher

qui-quadrado), a restrição ao leito (p-valor=0,000 do teste qui-quadrado) e o uso de cateter vesical de demora (p-valor=0,006 do teste exato de Fisher).

Contudo, estima-se que a chance de um idoso que tem cuidador em dias alternados estar contido é 21,7 vezes maior; de um idoso que não deambula ser contido é de 5,4 vezes maior que a chance de um idoso que deambula; a chance de um idoso que está restrito ao leito ser contido é 6,3 vezes maior; e a chance de um idoso que usa cateter vesical de demora ser contido é 10,8 vezes maior.

■ DISCUSSÃO

O principal resultado dessa pesquisa é a descrição da prevalência de 13% da contenção mecânica em idosos na atenção domiciliar um dado inédito e original no cenário de saúde e no Brasil. Esses dados corroboram com os estudos internacionais realizados no Japão, Bélgica e Holanda, apresentaram taxas de prevalência que variavam de 20% a 40% de contenção nas residências^(6-7,18-19), ao considerar as grades laterais e a restrição ambiental as taxas se aproximam.

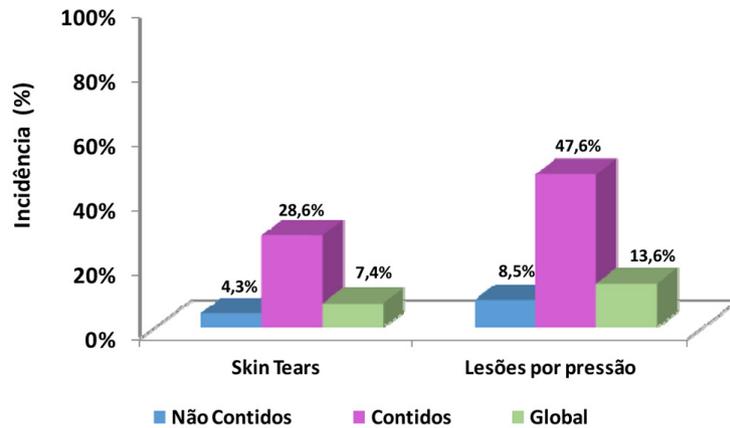


Figura 1 – Ocorrência de Lesão por Fricção e Lesão por Pressão no grupo de idosos não contidos, contidos e global. Rio de Janeiro, 2018

Fonte: Dados de pesquisa, 2018.

Portanto, apesar das crescentes evidências de consequências negativas⁽²⁰⁻²¹⁾, o uso de restrições físicas ainda se apresentou como prática comum nos domicílios visitados.

Estudos brasileiros realizados em ambiente hospitalar, demonstraram um índice de prevalência de contenção mecânica de 51,4%, percentual superior ao encontrado no domicílio, e com o uso de grades laterais no leito como principal característica – diferente do domicílio que as grades foram citadas em 4º lugar⁽¹²⁻¹⁴⁾. Já em um estudo realizado em ILPIs, 7,34% dos pacientes foram encontrados contidos nas instituições visitadas. A comparação dos dados obtidos com o presente estudo demonstra que a taxa de contenção mecânica domiciliar é superior à encontrada nas 14 ILPIs investigadas no Estado do Rio de Janeiro⁽¹⁹⁾.

Em relação às características da contenção, a atadura foi o material com maior prevalência de uso, seguida de lençol e tecidos em geral e, por último a grade. Esses resultados diferem dos encontrados na pesquisa brasileira no cenário hospitalar, que referia ser a grade o material mais prevalente nas contenções⁽¹⁸⁾. Porém, no cenário hospitalar o uso da grade é visto, inclusive, como um dos critérios de acreditação hospitalar em protocolos para evitar quedas⁽¹⁰⁻¹⁵⁾. Por sua vez, nos domicílios visitados a presença de cama hospitalar não foi tão frequente, e os motivos podem estar relacionados desde o alto custo de aquisição e manutenção no País, até a restrição imposta por quartos com portas pequenas, que impendem a livre circulação e a passagem da cama. Esses variados motivos podem, portanto, ter influenciado a escolha primária por materiais e dispositivos improvisados e de fácil acesso ou de baixo custo para a contenção.

O uso de materiais adaptados para a contenção, usados de modo informal, como lençóis rasgados e outros tecidos,

cintos, e tecidos com cordas, ou grades de madeiras, ou de metal adaptadas, também foram encontrados no estudo em ILPI⁽¹⁹⁾. Essas podem ser confeccionados de modo rudimentar, e por si só um risco para lesões aos idosos, por isso, a orientação aos familiares é de suma importância com um diálogo não punitivo mas orientador dos riscos e alternativas a contenção mecânica devem ser empregadas nas visitas domiciliares.

Tal informalidade pode, conseqüentemente, aumentar ainda mais os riscos inerentes a prática da contenção mecânica. Isso porque o uso de dispositivos anexos diretamente ao corpo, seja de forma correta ou indevida, é descrito como complicação oriunda do uso de contenção mecânica pela literatura estrangeira, citando-se dentre estas as lesões do plexo braquial, delirium, morte, imobilidade, incontinência, lesão por pressão, diminuição da força muscular, pneumonia, infecção do trato urinário, descondiçionamento físico, contraturas articulares e stress psicológico^(17,20).

No que tange às justificativas para contenção à agressividade corrobora com os achados de outro estudo realizado no Rio de Janeiro, que abordou as principais dificuldades vivenciadas pelo cuidador de idoso com Alzheimer^(15,19-20), com pesquisa realizada em Quebec que apontou que 51% dos idosos são contidos por fatores associados ao comportamento agressivo decorrente de agressividade física⁽¹⁵⁻²¹⁾; tudo apesar de registros de que o uso de contenção causa maior imobilidade, incontinência, lesão por pressão, depressão, agitação, agressividade e mortalidade em idosos^(13,16).

O referido percentual sugere que a agressividade seja uma das principais dificuldades no âmbito do cuidado leigo, doméstico e ocupacional, que ocorre em paralelo com as relações familiares e o mundo privado, com as relações

de poder, da falta de manejo na comunicação, da limitada capacitação dos cuidadores para avaliação clínica de dor, de infecção, de desconforto.

Importante mencionar que acompanhamento médico e diagnóstico, ajuste de medicação e outras questões clínicas como infecções, dor e até *delirium* podem suscitar a presença ou aumento da agressividade, dificultando o cuidado do idoso e aumentando o risco de ocorrência de uma contenção⁽²¹⁾. O escopo da pesquisa, entretanto, não abordou a formação dos profissionais que atuam na atenção domiciliar, ou avaliação dos idosos com característica de agressividade, não havendo notícia de correlação entre a agressividade mensurada e as questões citadas.

As justificativas de contenção para risco de quedas figuraram ao comparar com os estudos no ambiente hospitalar, sendo 51,4% e com ILPIs de 7,3% que também foram as justificativas mais recorrentes. Na Alemanha, 80% dos residentes de ILPI são contidos por risco de queda ou para prevenção de lesões a esta relacionadas⁽¹⁹⁾, muito embora evidências demonstrem que a redução da prática da contenção mecânica não resulta em aumento do número de quedas, contribuindo, ao contrário, para a sua redução⁽¹²⁾ e que conter está diretamente relacionado com o declínio físico e funcional, psicológico e social⁽²¹⁾.

Outro resultado alarmante é o tempo de contenção do idoso no domicílio que apontam uma taxa de 42,9% de idosos contidos 24 horas por dia, importante alerta para a necessária reflexão sobre a qualidade de vida ofertada a esses indivíduos. E, novamente remete à necessidade de difundir orientações consistentes de forma a dirimir os fatores que desencadeiam a contenção, possibilitando sua utilização somente pelo tempo estritamente necessário à resolução de uma situação crítica e aguda.

No que tange aos testes gerontogerátricos, pode-se inferir que são características de idosos contidos na atenção domiciliar a fragilidade, a dependência para Atividades de Vida Diária (Índice de Katz) e a perda cognitiva (MEEM), perfil que demonstra idosos vulneráveis. Outros autores também sustentam ser a funcionalidade e, não a idade ou o sexo, o fator que influencia na prática da contenção mecânica em idosos⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Assim como os dados de associação indicam possíveis fatores de risco que merecem ser investigados longitudinalmente para inferir causalidade, e que vão ao encontro com os perfis que demonstram idosos dependentes e com alta demanda de cuidado, e pouca estrutura ambiental associados ao desfecho de contenção de idosos: que não deambulam, usam cateter vesical de demora e estão restritos ao leito. Além dos idosos com cuidadores em dias alternados, isso pode ser explicado pela vinculação do cuidado com o idoso, cuidadores familiares e contínuos podem influenciar

na decisão da contenção mecânica e merecem ser melhor investigado. Ainda mais que o cuidado domiciliar tende a aumentar e com isso o perfil de idosos dependentes.

Logo, são os idosos vulneráveis e que demandam maior necessidade de cuidado, em um ambiente domiciliar pouco preparado para a prestação dos cuidados ou até mesmo com insuficiência de recursos humanos para a continuidade do cuidado, os que têm maior risco para a prática da contenção. O uso indiscriminado da contenção mecânica pode restringir desejos, vontades, a dignidade dos indivíduos, desencadeando, com maior frequência, eventos adversos. Essa é uma situação contrária aos propósitos da atenção domiciliar, onde a reintegração ao âmbito familiar deve proporcionar conforto e dignidade, resultando em melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Assim, no sentido de favorecer, de fato, melhoria na qualidade de vida dos idosos, é importante oferecer subsídios para o cuidado domiciliar, com serviços de apoio e suporte a família, proporcionando treinamento aos cuidadores formais e familiares, já que, na maioria dos casos, a contenção ocorre por uma iatrogenia no cuidado, desconhecimento, estresse e cansaço do cuidador, e por um serviço de atenção domiciliar hospitalocêntrico.

Os achados da pesquisa demonstram que a contenção é prevalente na atenção domiciliar, porém as limitações do estudo como contato prévio por telefone no agendamento da visita pela secretária do SIAD, participação do curso de cuidadores, promovido anualmente pelo setor, que menciona a importância do tema, e o período de visita domiciliar apenas realizado pela manhã podem ter sido fatores que influenciaram os dados. É possível que a prevalência fosse mais elevada se a medida fosse mensurada em outros momentos do dia e da noite, sem notificação prévia. Ressalta-se, também, que a contenção mecânica só foi mensurada em pacientes contidos no momento da entrevista, ou seja, que possui um viés temporal, sendo recomendada a investigação em horários diversos. Sendo assim, mesmo que houvesse camas com grades, ataduras ou outros aparatos para contenção, estes não foram considerados.

■ CONCLUSÕES

Dada a relevante prevalência encontrada no estudo e a significância dos fatores associados à prática da contenção mecânica destaca-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde da atenção domiciliar, cuidadores formais e informais, no sentido de desnaturalizar a prática da contenção, que agrava o estado de saúde dos idosos, a dependência, lesões de pele, demanda de cuidados. Portanto, recomenda-se o incentivo às práticas de cuidado

domiciliares reabilitadoras, que preservem a autonomia dos idosos, conferindo-lhes dignidade, em respeito aos princípios gerontológicos e da atenção domiciliar.

■ REFERÊNCIAS

1. Menezes AK, Santana RF, Cimador F. Práticas assistenciais restritivas e o paradigma da cultura de não contenção da pessoa idosa. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 1267-76.
2. Farina-Lopez E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque L, Pogránvivá AH, Penelo E. Physical restraint use with elderly patients: perceptions of nurses and nursing assistants in Spanish acute care hospitals. *Rev Nurs Res*. 2018;67(1):55-9. doi: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000252>
3. Heeren P, Detroyer E, Milisen K. Delirium, restraint use and falls. In: Montero-Odasso M, Camicioli R, editors. *Falls and cognition in older persons*. Cham: Springer; 2019 [cited 2019 Oct 20]. p 229-43. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-24233-6_13
4. Castaldo A, Giordano A, Incalzi RA, Lusignani M. Risk factors associated with accidental falls among Italian nursing home residents: a longitudinal study (FRAILS). *Geriatr Nurs*. 2020;41(2):75080. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.003>
5. Rajão FL, Martins M. Home Care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(5):1863-77. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019>
6. Estévez-Guerra GJ, Fariña-Lopez Emilio, Nuñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2017;17:29. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0421-8>
7. Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A. Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *Int Psychogeriatr*. 2017;30(7):991-1000. doi: <https://doi.org/10.1017/S104161021700240X>
8. Scheepmans K, Casterlé BD, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatr*. 2014 [cited 2019 Oct 20];14:17. doi: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-17>
9. Scheepmans K, Milisen K, Vanbrabant K, Paquay L, Gansbeke HV, Casterlé BD. Factors associated with use of restraints on older adults with home care: a secondary analysis of a cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2019;89:39-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.019>
10. Scheepmans K, Casterlé BD, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018;79:122-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.008>
11. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BioMed Central Geriatrics*. 2014 [cited 2019 Oct 20];14:39. Available from: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-39>
12. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers, JPH, International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2307-10. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>
13. Santana RF, Capeletto CSG, Souza LMS, Menezes AK, Delvalle R, Souza MV. Contenção mecânica de idosos na atenção domiciliar: revisão de literatura. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2019 [citado 2019 out 10];24(2):29-43. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/78426>
14. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4479-88. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>
15. Jiang H, Li C, He Y. Nurses' perceptions and practice of physical restraint in China. *Nurs Ethics*. 2015;22(6):652-60. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733014557118>
16. Ye J, Xiao A, Yu L, Wei H, Wang C, Luo T. Physical restraints: an ethical dilemma in mental health services in China. *Int J Nurs Sci*. 2018;5(1):68-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.12.001>
17. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego da contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: COFEN; 2012 [citado 2019 out 29]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html
18. Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Fatores associados à contenção mecânica no ambiente hospitalar: estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03473. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>
19. Santana RF, Delvalle R, Souza LMS, Menezes AK, Gabriel CS, Ferreira TCB, Melo UG. Mechanical containment in long-stay institutions for the elderly. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(12):3394-400. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234527p3394-3400-2018>
20. Cleary K, Prescott K. The use of physical restraints in acute and long-term care: an updated review of the evidence, regulations, ethics, and legality. *J Acute Care Phys Ther*. 2015;6(1):8-15. doi: <https://doi.org/10.1097/JAT.0000000000000005>
21. Lan SH, Lu LC, Lan SJ, Chen JC, Wu WJ, Chang SP, Lin LY. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2017; 33(8):411-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>

■ Conflito de interesses:

Não há conflito de interesses.

■ Autor correspondente:

Rosimere Ferreira Santana
rosifesa@gmail.com

Recebido: 16.11.2019

Aprovado: 13.07.2020

Editor associado:

Cíntia Nasi

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti