

## CONTENÇÃO FÍSICA DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Marcio Roberto Paes\*  
Letícia de Oliveira Borba\*\*  
Mariluci Alves Maftum\*\*\*

### RESUMO

A contenção física tem sido empregada no manejo da loucura ao longo de séculos, porém no modelo psicossocial vigente o uso deste recurso tende a diminuir. Os objetivos do estudo foram identificar as modalidades de contenção física conhecidas pelos profissionais de enfermagem da instituição em que este foi realizado e apreender suas percepções quanto ao uso deste recurso. O estudo consiste em uma pesquisa descritiva, desenvolvida em um hospital psiquiátrico da região metropolitana de Curitiba, Paraná, entre fevereiro e junho de 2007. Dela participaram dois enfermeiros e seis auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de internação de pacientes com sintomas agudos. Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada e submetidos à análise temática proposta por Minayo. As categorias que emergiram dos dados foram: 1) Modalidades vigentes de contenção física na instituição; e 2) Instrumentos de contenção física em desuso. Os sujeitos têm entre 16 e 35 anos de atuação na área de saúde mental e utilizaram em sua prática tais dispositivos, dos quais a maioria se encontra em desuso. Os sujeitos apresentam divergências quanto à eficácia dos instrumentos de contenção física. Concluiu-se que há necessidade de maiores discussões e pesquisas sobre as práticas em saúde mental, principalmente as relativas a procedimentos restritivos.

**Palavras-chave:** Restrição Física. Enfermagem. Saúde Mental. Prática Profissional.

### INTRODUÇÃO

A contenção física é um procedimento utilizado na clínica psiquiátrica em situações de emergência caracterizadas pela manifestação de comportamento agressivo ou agitação psicomotora do paciente, quando esta não puder ser resolvida pela abordagem verbal<sup>(1)</sup>.

Existe íntima relação entre contenção física e a história da psiquiatria. Durante os anos da férrea prática disciplinar na conduta clínica dos moldes manicomial, um vasto arsenal de instrumentos coercitivos e violentos foi empregado no atendimento a indivíduos com transtorno mental. Essa condição caracterizava o exercício da psiquiatria convencional, que agia como aquela que, ao se aproximar da pessoa com transtorno mental, fazia-o como quem se defrontava com um inimigo perigoso, que precisava ser vigiado de perto para ser domada sua natureza animalesca<sup>(2)</sup>.

Ao longo dos anos surgiram vários instrumentos, que foram utilizados nas práticas repressivas e restritivas no atendimento dos portadores de transtornos mentais<sup>(2)</sup>. Com a institucionalização da doença mental, os “enfermeiros” foram os que receberam a função de manter a ordem dos hospícios e, para tanto, utilizavam a força física e as medidas restritivas como instrumento de coerção dos internos, cumprindo ordens médicas<sup>(1,3)</sup>.

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. Alguns destes recursos serão tratados neste estudo no item de discussão dos resultados, assim como outros que não emergiram como dados, mas foram julgados importantes por causa de sua história.

Deste modo, há registros na literatura de que na Europa, entre os séculos XVII e XIX, utilizavam-se como instrumento de contenção

\* Enfermeiro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFPR). Membro de Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE). E-mail: marropa@pop.com.br.

\*\* Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFPR). Membro do NEPECHE. Bolsista CAPES. E-mail: leticia\_ufpr@yahoo.com.br.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-coordenadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFPR). Vice-líder do NEPECHE. E-mail: maftum@ufpr.br.

física correntes de ferro fixadas às paredes para prender os pacientes mais inquietos pelos pulsos e tornozelos, podendo vir acompanhado de colar ou colete de ferro (Cintura de Haslam) preso em troncos ou barras metálicas. 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 em pé, preso pela cintura ao cruzamento das cordas com os braços abertos e os pés amarrados na corda vertical<sup>(2)</sup>.

Outro instrumento utilizado foi o *Tranquillizer* ou cadeira de Rush, que era uma poltrona de madeira com encosto alto, no qual se fixava uma caixa de madeira para a imobilização da cabeça. Os membros e o tronco eram restringidos por correias no encosto do móvel. Esta forma de contenção era acompanhada pelo isolamento do doente em local escuro e com privação de som<sup>(2)</sup>.

O Saco de Horn, como o próprio nome diz, era um saco de tecido resistente, bem grosso e revestido de cera para impedir a penetração de luz em seu interior. Nele eram colocados os pacientes agitados, em seguida suas extremidades eram atadas. Chamou-nos a atenção o fato de não ser mencionada a existência de local para entrada de ar, para que o doente respirasse. Ainda no século XIX, nos asilos europeus também era utilizada o envoltório com lençóis úmidos<sup>(2)</sup>.

Já no Brasil há registros de que nos porões da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em meados 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<sup>(4)</sup>.

A “gravata” consistia em promover o enforcamento do paciente. Um indivíduo se posicionava atrás do paciente e, com o braço, apertava seu pescoço até causar hipóxia, que acarretava o desfalecimento do paciente. Esta modalidade é condenada e combatida por ser inadequada, brutal, sem nenhum embasamento

científico, e pela sua forte característica em apresentar sérios riscos<sup>(5)</sup>.

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<sup>(6)</sup>. 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 física<sup>(7)</sup>.

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 restritos tende a diminuir, ficando a cargo de situações extremas, ou até a ser eliminado, conforme é preconizado pelo modelo psicossocial<sup>(1,8-10)</sup>.

Assim, neste estudo a questão norteadora é: “Quais as modalidades de contenção física conhecidas pelos profissionais de enfermagem e quais as percepções sobre elas?”. Para responder a esta questão propõem-se como objetivos: 1) identificar as modalidades de contenção física conhecidas pelos profissionais de enfermagem que atuam em instituição psiquiátrica; e 2) apreender suas percepções quanto ao uso deste recurso.

## METODOLOGIA

O estudo se constitui de uma pesquisa de abordagem qualitativo-escrita desenvolvida de fevereiro a junho de 2007 em um hospital do tipo “Colônia” da rede pública estadual, especializado em Psiquiatria, que atende exclusivamente a usuários do Sistema Único de Saúde, em um município do Paraná.

A pesquisa contou com participação de oito profissionais de enfermagem (dois enfermeiros e seis auxiliares de enfermagem), do total de vinte profissionais que atuam nas unidades de internamento de pacientes agudos do período diurno. Os critérios de inclusão foram: ser da

equipe de enfermagem, realizar cuidados diretos ao paciente com sintomas agudos e concordar em participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi a recusa a assinar o TCLE.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sob o n.º 3400200704/2007, e todos os preceitos éticos foram salvaguardados, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes tiveram acesso a informações sobre os objetivos da pesquisa e a garantia do sigilo e anonimato. Para tanto, foram identificados por código (S.1...S.8), sem guardar relação com a ordem das entrevistas.

Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada. Com a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas em fita cassete. O questionário das entrevistas continha questões de identificação dos sujeitos e as seguintes perguntas abertas: “Quais os tipos de contenção física que você conhece?” e “Como você percebe o seu uso?”. Em seguida foram analisados e organizados em categorias por análise temática segundo a proposta qualitativa de Minayo<sup>(11)</sup> pelas fases de Ordenação dos dados, Classificação dos dados e Análise final. Na fase de ordenação dos dados foram transcritas as gravações e realizadas a releitura do conjunto de materiais das transcrições e a organização dos relatos. Na classificação dos dados realiza-se leitura exaustiva e repetida dos dados coletados, buscando-se a relação dos questionamentos do pesquisador com uma base teórica; e na análise final, estabelecem-se as articulações entre os dados e expõe-se a fundamentação teórica da pesquisa, as relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática. Dos dados obtidos mediante as entrevistas com os participantes da pesquisa emergiram as categorias: 1) Modalidades vigentes de contenção física na instituição e; 2) Instrumentos de contenção física em desuso.

## RESULTADO E DISCUSSÕES

Os sujeitos possuem entre 16 e 40 anos de atuação em instituição hospitalar psiquiátrica. A

idade varia entre 35 e 62 anos. Dos oito sujeitos, seis são do sexo feminino e dois do masculino. Quanto às modalidades de contenção física conhecidas pelos sujeitos, o enfaixamento foi a única técnica citada por todos os sujeitos (n=8); o Grupo de Oito foi citado por sete; o casulo, por seis; a camisa de força, por cinco; o lençol de contenção, por sete; e o cubículo, por um dos sujeitos. Todas essas técnicas foram utilizadas na instituição. Ressalta-se que, em decorrência do longo tempo de atuação na área da saúde mental, esses trabalhadores têm sido testemunhas vivas das mudanças terapêuticas suscitadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica.

### Modalidades vigentes de contenção física na Instituição

Essa contenção que a gente faz agora com faixas largas protege mais o paciente, não fere e ele fica mais confortável, fica mais protegido, a faixa passa por cima da cama e por ele, que tem aquela sensação de segurança (S7)

Essa contenção com faixas secas é mais simples que as outras, mas é eficiente. É feito a contenção no leito para o paciente não cair. Funciona essa contenção, ela é boa, às vezes é necessário, quando o paciente está muito agressivo (S2)

Agora resolveram conter o paciente só na faixa, é o que nós usamos hoje [...] o paciente que agitado, que não tem nenhum problema clínico você amarra o paciente normal [...] restringe os movimentos dele na cama (S3).

O uso da contenção física é indicado quando o paciente apresenta extrema agitação e risco à integridade física. Mesmo assim, antes da realização desse procedimento a equipe que o atende deve avaliar amplamente a situação para tomar a melhor conduta, como, por exemplo, a forma adequada de abordagem e a utilização de recursos humanos e físicos de modo a dar segurança ao paciente e à equipe durante a contenção física<sup>(1)</sup>.

O enfaixamento no leito com faixas de algodão é uma das técnicas de contenção utilizadas atualmente nas instituições psiquiátricas, nos serviços de emergência e hospitais gerais. São faixas de tecido de algodão cru, com aproximadamente 40cm de largura por 12m de comprimento, com tiras finas em uma das extremidades. São empregadas no mínimo quatro faixas para a contenção de um paciente,

uma para cada membro, podendo ser utilizadas mais, dependendo da estrutura física do paciente ou de seu grau de agitação<sup>(12)</sup>.

Os sujeitos S7 e S2 relacionam a contenção física com medidas de segurança ao paciente. Essa referência dos sujeitos corrobora uma pesquisa que buscou compreender a percepção de pacientes sobre a contenção física. Os resultados evidenciaram que os profissionais de saúde entendem a contenção física como um recurso terapêutico e de ajuda ao paciente utilizado para a segurança de ambos; por outro lado, os pacientes que receberam medidas restritivas relacionaram o procedimento a medidas punitivas e antiéticas, por causarem impactos psicológicos negativos e traumatizantes<sup>(13)</sup>.

Encontramos na fala do sujeito S.3 a expressão “amarrar o paciente” referindo-se a contenção. Esse jargão é um termo pejorativo, agressivo, grosseiro e antiético, e deve ser abandonado, embora seja comum ele ser usado por profissionais da área de saúde em geral<sup>(14)</sup>.

O sujeito S.3 relata sua preocupação com o tempo que o paciente passa contido. Na instituição o tempo de contenção é padronizado em três horas, mas, segundo ele, deveria ser flexibilizado conforme o comportamento do paciente

O tempo da contenção aqui tem um padrão de três horas. Você bota o paciente na contenção por três horas, depois o médico reavalia, mas não é esse o correto. O correto é o paciente tá agitado, tá correndo o risco de se matar, de matar alguém, tá superagitado, você bota na contenção, o medica e à medida que ele durma tinha que soltar, não tem que ficar três horas (S3)

Há um acentuado déficit de estudos sobre contenção física, e assim fica difícil ter um parâmetro de qual seria o tempo adequado para manter o paciente contido. Essa situação pode abrir precedentes a profissionais de saúde mental manterem os pacientes contidos de forma abusiva, de modo igual ao que ocorria nas instituições manicomiais das décadas anteriores<sup>(4)</sup>. Não obstante, encontram-se na literatura algumas citações do tempo limite de duas horas<sup>(15)</sup>.

O Grupo de Oito foi outra modalidade citada pelos sujeitos. Os participantes relataram que, em sua concepção, essa técnica é mais humana,

pois o diálogo concomitante com o contato entre os corpos pode acalmar o paciente e evitar contê-lo no leito. O S3 refere que quando o Grupo de Oito é bem treinado funciona adequadamente na abordagem a pacientes em risco de agressividade.

Houve a menção da dificuldade em realizar o Grupo de Oito conforme a técnica correta, devido à falta de pessoal (equipe multiprofissional, pacientes, familiares, outros trabalhadores da instituição) e de treinamento. Outra dificuldade relatada foi que alguns pacientes intimidam a formação e a abordagem pelo grupo. Houve ainda referências à condição momentânea em que se encontram alguns pacientes recém-internados - por exemplo, sob efeito medicamentoso ou deprimidos.

O Grupo de Oito é uma contenção mais “light”, que alerta o paciente, quando não tem risco grave de agressão. O paciente faz alguma coisa fora das normas, tá começando a se descontrolar, daí conversa com ele. Essa contenção acalma pelo calor humano (S1).

Nós temos um Grupo de Oito aqui da unidade, mas ele não funciona 100%; não funciona porque muitos pacientes aqui estão mais doentes do que bom pra trabalhar {no sentido de participar do Grupo de Oito}(S2).

O Grupo de Oito é uma coisa que funciona até certo ponto. No momento que tá muito bem treinado, daí funciona. Hoje em dia, com essa questão do paciente ficar pouco tempo no hospital, acaba não funcionando muito bem (S3).

Às vezes só com o Grupo de Ajuda não precisa de mais nada. O Grupo de ajuda, que seriam os próprios pacientes e quem tiver ali da equipe, chega para contê-la, uma contenção humana (S7).

O Grupo de Oito ou Grupo de Ajuda é uma técnica realizada com a presença de oito pessoas, podendo contar com a participação da equipe multiprofissional e outros trabalhadores da instituição, além de pacientes e familiares. Essa técnica é aplicada quando, ao se perceber que um paciente apresenta agressividade, agitação psicomotora ou outro comportamento considerado de risco para ele e/ou para outrem, impõe-se-lhe restrição utilizando os próprios corpos. Ao se ouvir o chamado à viva voz para a formação do grupo, as oito primeiras pessoas que chegam ao local aproximam-se juntas do paciente e o abordam de forma tranquila,

oferecendo compreensão e segurança ao mesmo tempo em que o cercam. Cada integrante do Grupo de Oito posiciona o seu lado direito do corpo ao do paciente. Duas pessoas do grupo que estiverem mais próximas dos braços o seguram e as demais se dividem em três na frente e três atrás do paciente, o qual, após estar contido, é esclarecido sobre o porquê da abordagem e, conforme sua reação, é liberado ou encaminhado à contenção no leito com faixas de algodão<sup>(14,16)</sup>.

A técnica do Grupo de Oito é considerada uma contenção adequada, uma vez que ela valoriza o respeito e a integridade do paciente durante a situação de agitação. Após o Grupo formado, existe a possibilidade de um dos membros intervir nos fatores externos que eventualmente estejam influenciando o comportamento agressivo do paciente, e assim compreender o que o levou a se agitar<sup>(15,16)</sup>.

### Técnicas de contenção física em desuso

Ao se referirem às técnicas e instrumentos de contenção em desuso, os sujeitos divergiram quanto à eficácia de tais modalidades de contenção física. Enfatizaram que elas traziam riscos aos pacientes e alguns sujeitos demonstraram preferência pelo uso da técnica de casulo ou enfaixamento molhado, porém aludiram ao tempo dispensado ao desenvolvimento correto da técnica, que requeria treinamento e maior preparo físico. O sujeito S.3 fez referência às discussões e pesquisas relacionadas ao uso de tal dispositivo, no tocante à sua eficácia e aos riscos a ele inerentes:

Usava-se aquele enfaixamento, aquele casulo com faixas úmidas, quentes que demorava em fazer a contenção certinha (S1).

A pessoa era enfaixada com faixas úmidas, mornas e secas. Essa foi uma experiência maravilhosa que eu tive, foi uma das melhores experiências, porque ela funcionava (S7).

Para o enfaixamento molhado tinha que ter um preparo físico um pouquinho melhor (S4).

Existia muita discussão, por exemplo, em colocar o paciente na faixa, alguém resolveu pesquisar e achavam que a faixa molhada deixava o paciente mais tranquilo, aí pararam de molhar a faixa, porque esfriava e podia causar pneumonia [...] as pesquisas vão mudando as versões sobre a contenção física (S3).

No enfaixamento úmido eram utilizadas faixas embebidas em água morna. O paciente era despido, ficando somente com as peças íntimas, para que sua pele entrasse em contato com as faixas. Iniciava-se o enfaixamento pelos tornozelos até a região escapular e retornava-se até os tornozelos, repetindo-se a operação com faixas secas. As faixas eram colocadas girando-se o corpo do paciente de um lado para o outro. Em seguida ele era aquecido com cobertores para evitar que as faixas esfriassem e isso resultasse em hipotermia. No momento da retirada das faixas punha-se o paciente em pé, dando-lhe condições para manter-se seguro até a retirada total das faixas<sup>(14)</sup>.

O princípio da referida técnica está em envolver o paciente em faixas embebidas de água morna a fim de alcançar efeito miorrelaxante pelo calor e, conseqüentemente, a diminuição da agitação ou agressividade do paciente. Existe variação dessa técnica de contenção, que pode ser realizada com faixas embebidas em água gelada, com a justificativa de que, à medida que os envoltórios vão se aquecendo, ajudam os pacientes a tranquilizar-se. É indicada para pacientes extremamente agitados e agressivos, com contraindicação de contenção química. Este tipo de contenção devia ter a duração máxima de duas horas<sup>(15)</sup>.

Os profissionais da área de saúde mental devem propor espaços destinados às discussões sobre as formas de abordagem dos pacientes em episódios de agressividade. Formas específicas devem substituir as de restrições físicas, as quais só devem ser utilizadas como a última alternativa, conforme o ponto de vista de S3. Existe um déficit de literatura e pesquisas relacionadas às técnicas de contenção física, o que dificulta a orientação dos profissionais quanto às melhores formas de manejo da agitação e agressividade que eventualmente o paciente possa apresentar<sup>(1)</sup>.

Ao discorrerem a respeito da camisa de força, os participantes enfatizaram o risco de quedas e ferimentos, devido à falta de equilíbrio que acarreta esse tipo de contenção. O paciente, mesmo contido, tinha condições de agredir a outros, uma vez que os membros inferiores ficavam livres e assim podiam ser usados:

Tinha a camisa de força e o paciente ficava com os braços presos e as pernas soltas, mas tinha o

problema de machucar-se, cair, pois se está com os braços presos não tem como se proteger. Mesmo assim, ele podia machucar também, pois com as pernas soltas ele podia chutar e fazer um monte de coisa (S1).

Tinha também a camisa de contenção que segurava os braços do paciente. O paciente não se agredia, mas ao mesmo tempo sofria quedas e ele não tinha como se proteger, sofria muitos cortes. Então, havia muitas suturas, muitas lesões. Nossa! Era sutura demais! (S2).

A *gilet de force* (camisa de força) surgiu no século XIX, em substituição às cordas, a qual era confeccionada com tecido do tipo lona ou algodão grosso. Algumas possuíam correias de couro e fivelas como fecho, ou tiras de tecido que se amarravam nas costas do doente. As mangas da camisa de força eram compridas e se afunilavam nas extremidades, de modo que as mãos ficavam totalmente encobertas. Nas extremidades eram costuradas tiras de tecido, e após a pessoa cruzar os braços, dava-se uma volta na cintura, sendo então amarradas as tiras nas costas, para dificultar a soltura<sup>(2)</sup>.

Este dispositivo se tornou a mais conhecida das modalidades de contenção física da era pré-farmacológica, haja vista que a repressão contra a loucura mostrada pela mídia, na maioria das vezes, é representada pelo uso da camisa de força. À medida que foram surgindo os psicotrópicos esse tipo de contenção foi sendo abandonado. Sua utilização visava dar aos pacientes agitados um tipo de contenção mais ameno, mas era grande o risco de provocar outros agravos por quedas ou agressão por outros pacientes<sup>(14,17)</sup>.

Seu caráter terapêutico e de segurança são questionáveis, pois os efeitos adversos eram visíveis e percebidos pelos sujeitos e um procedimento que apresente potenciais riscos de agravos deve ser desconsiderado como prática em saúde<sup>(18)</sup>.

Os sujeitos também citaram o lençol de contenção e divergiram quanto à sua eficácia. Todos concordaram que sua estrutura física era muito rudimentar, de lona grossa; pesava bastante sobre o paciente e, além de incomodá-lo, muitas vezes acabava por feri-lo. Por outro lado, alguns sujeitos se mostraram convictos de que o uso do lençol de contenção era uma técnica boa, fácil e rápida de realizar.

Antigamente usava-se lençol de contenção, que foi extinto. Tinha uns buracos onde colocava as pernas, os braços e a cabeça, e às vezes o paciente fazia muito esforço e aquela lona muito pesada, couro, quando o paciente estava muito agitado ele se esforçava para sair e acabava se machucando (S1).

O lençol de contenção foi retirado do hospital e já tem muito tempo que a gente não usa. Ele era incômodo, o paciente não conseguia relaxar, pelo contrário ele ficava tenso, porque o espaço entre o pescoço e o ombro não era correspondente, então, geralmente os pacientes ficavam arcados. Era lona e em volta couro, e às vezes na contenção, pelo período de horas, fazia queimadura (S4).

O lençol de contenção era mais simples, era de lona com pulseira de couro. Você colocava a cabeça do paciente, os braços, as pernas dentro daquilo e continha com facilidade. Não tinha segredo, era só fechar aquele cinto. Mas tinha dificuldade para fazer a higiene, o paciente urinava e o lençol era grande e muito grosso. Também, a dificuldade com o paciente epilético, que não era confiável, dava uma crise nele lá e se não fossem rápido podiam perder o paciente (S2).

Eu ainda acho que o lençol de contenção é a melhor contenção. Primeiro, porque dá uma segurança maior no sentido de não escapar; segundo, é mais fácil tirar [o paciente] da contenção (S3).

O lençol de contenção também é conhecido como jacaré ou arreios. O paciente era deitado no leito e o instrumento era colocado sobre ele deixando a cabeça e os membros para fora. Era de lona grossa com quatro janelas próprias para colocar a cabeça e os membros superiores e inferiores, e tinha nas extremidades fivelas para prender o lençol ao leito<sup>(14)</sup>.

Muitas formas de contenção física usadas nas instituições psiquiátricas no modelo manicomial não davam condições de conforto aos pacientes. Dessa forma era difícil eles relaxarem e diminuírem a agressividade, uma vez que os instrumentos restritivos não tinham objetivo terapêutico, mas coercivo<sup>(4)</sup>. Assim, não havia a preocupação com os instrumentos usados nas contenções físicas, que eram feitos de materiais duráveis, como, por exemplo, o ferro e o couro, que provocavam nos pacientes ferimentos e outros agravos<sup>(2,14)</sup>.

Em um estudo desenvolvido sobre os efeitos deletérios da contenção física, verificou-se que o

uso por tempo prolongado de instrumentos pesados para restringir o corpo do paciente pode provocar, além do desconforto, adversidades como síndrome rabiólise, elevada descarga de catecolaminas adrenais, trombose e até morte súbita<sup>(18)</sup>.

Outra forma de contenção física conhecida e citada por apenas um dos sujeitos foi o cubículo ou isolamento.

Para os pacientes agressivos, em último caso, assim para as agressões violentas existia o tal isolamento, cubículo. Pegavam o paciente e colocava lá no cubículo (S7).

Até pouco tempo atrás os cubículos, também chamados de isolamento, quartinhos ou celas fortes, eram utilizados indiscriminadamente nos hospitais psiquiátricos, como forma de castigar os pacientes e de manter a ordem local<sup>(4,17)</sup>. As celas fortes eram pequenos espaços com a finalidade de manter presos os pacientes mais agitados. Suas portas eram reforçadas por trancas, tinham uma pequena abertura para passagem de pratos com alimentação e para os profissionais vigiarem o paciente. Eram verdadeiras solitárias e ali os pacientes ficavam até a remissão do surto<sup>(17)</sup>. A Portaria SNAS n.º 224, de 29/01/1992<sup>(6)</sup>, trouxe a proibição de uso de celas fortes (cubículos) nas instituições psiquiátricas. A existência de legislação específica para regular o uso de contenções em instituições de saúde não é suficiente para fazer decrescer a quantidade de tais procedimentos, como concluiu um estudo finlandês sobre a importância da sensibilização e conscientização dos profissionais quanto às melhores práticas em

psiquiatria que pudessem substituir as restrições<sup>(19)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contenção física tem sido empregada no manejo da “loucura” ao longo de séculos, e ainda nos dias atuais ela é comumente utilizada nas instituições psiquiátricas, hospitais gerais e serviços de emergência.

Em meio às transformações no campo técnico-científico, nota-se a modernização e evolução dos modos terapêuticos em várias especialidades da saúde, de forma que as práticas em saúde mental também necessitam ser inovadas. Para tanto, são imprescindíveis mais discussões e pesquisas científicas para mediar o aprimoramento dos conhecimentos gerados e consumidos em prol do bem-estar biopsicossocial das pessoas portadoras de transtorno mental. De sua parte, os profissionais de enfermagem que atuam na área de saúde mental têm o compromisso moral de promover o bem-estar do ser humano em sofrimento psíquico por meio de práticas efetivas, humanas e de qualidade. Desenvolver ações com qualidade implica conhecer a complexidade e o significado desse cuidado na visão do paciente.

Assim, sugere-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas com foco nas contenções físicas, principalmente pela necessidade de se conhecer a percepção dos pacientes sobre a contenção física e buscar outras formas de abordagem que possam substituir as restrições.

---

## PHYSICAL RESTRAINT FOR PERSONS WITH MENTAL DISORDER: PERCEPTIONS OF THE NURSING TEAM

### ABSTRACT

The physical restraint has been used in the treatment of madness of secular form, however, in the current psychosocial model the use of these resources is dwindling. The objectives were to identify the form of physical restraint known by the nurses of the institution and gathering their perceptions about the use of this feature. Descriptive study developed from February to June 2007 in a psychiatric hospital in the metropolitan region of Curitiba, Paraná, Brazil. Participants: two nurses and six nursing assistants working in inpatient units for patients with acute symptoms. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to thematic analysis according to the proposal of Minayo. The categories that emerged from the data were current modalities of physical restraint in the institution and Instruments of physical restraint in disuse. The subjects have between 16 and 35 years of experience in the field of mental health and used in practice such devices, most of which is in disuse. Individuals differ as to the effectiveness of the instruments of physical restraint. It was concluded that there is a need for further discussion and research on mental health practices, especially those relating to restrictive procedures.

**Keywords:** Restraint, Physical. Nursing. Mental Health. Professional Practice.

---

## CONTENCIÓN FÍSICA DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL: PERCEPCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

### RESUMEN

La contención física ha sido utilizada en el tratamiento de la locura a lo largo de los siglos, sin embargo, en el actual modelo psicosocial, el uso de estos recursos es cada vez menor. Los objetivos fueron identificar las modalidades de contención física conocidas por el profesional de enfermería de la institución en que fue realizado y aprehender sus percepciones sobre el uso de este recurso. El estudio consiste en una investigación descriptiva, desarrollada en un hospital psiquiátrico de la región metropolitana de Curitiba, Paraná, entre febrero y junio de 2007. En ella participaron dos enfermeros y seis auxiliares de enfermería que actúan en las unidades de internación de pacientes con síntomas agudos. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas y sometidos al análisis temático propuesto por Minayo. Las categorías que emergieron de los datos fueron: 1) Modalidades actuales de contención física en la institución; y 2) Instrumentos de contención física en desuso. Los sujetos tienen entre 16 y 35 años de experiencia en el campo de la salud mental y utilizaron en su práctica tales dispositivos, de los cuales la mayoría se encuentra en desuso. Los sujetos presentan divergencias en cuanto a la eficacia de los instrumentos de contención física. Se concluyó que hay necesidad de mayores discusiones e investigaciones sobre las prácticas en salud mental, especialmente las relativas a los procedimientos restrictivos.

**Palavras clave:** Restricción Física. Enfermería. Salud Mental. Práctica Profesional.

### REFERÊNCIAS

1. Paes MR, Borba LO, Brusamarello T, Guimarães AN, Maftum MA. Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2009 out; 17(4):479-84.
2. Pessotti I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. 34; 1996.
3. Brusamarello T, Guimarães AN, Paes MR, Borba LO, Borille DC, Maftum MA. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. *Cogitare enferm*. 2009 jan/mar;14(1):79-84.
4. Teixeira M. Hospício e poder. Brasília(DF): Poder Legislativo Senado Federal Centro Gráfico; 1993.
5. Marcolan JF. A contenção física do paciente: uma abordagem terapêutica. São Paulo: Edição do autor; 2004.
6. Guimarães AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto contexto enferm*. 2010 jun; 19(2): 274-82.
7. Loyola CMD, Porto KF, Rocha KS. Implicações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico para a enfermagem psiquiátrica. *Rev enferm UERJ*. 2009 jan/mar; 17(1):9-13.
8. Estelmhsts P, Brusamarello T, Borille D, Maftum MA. Emergência em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. *Rev enferm UERJ*. 2008 jul/set;16(3): 399-403.
9. Ribeiro CC, Silva NG, Oliveira AGB. O projeto terapêutico nos CAPSs de Mato Grosso: uma análise documental. *Cienc cuid saúde*. 2009 jul/set; 8(3):393-402.
10. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação Psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Rev bras enferm*. 2006 nov/dez; 59(6):734-9.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Curitiba.Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Integrado Saúde Mental. Curitiba (PR); [Internet] 2002. [acesso 2009 set 15]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolos/mental.pdf>
13. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Intern J mental health Nurs*. 2010; 19(6):416-27.
14. Paes MR. A contenção física a pacientes em uma instituição psiquiátrica de internação integral e o cuidado de enfermagem. 2007 [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2007.
15. Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica. Trad. de Márcia Lisboa. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed; 2002.
16. Siqueira Junior AC, Otani MAP. Atendimento ao paciente agressivo através da técnica do grupo de 8. *Nursing*. 1998 dez;1(7):19-23.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Memória da loucura: apostila de monitoria. Versão preliminar. Série J. Cadernos centro cultural da saúde. Brasília(DF); [Internet] 2004. [acesso 2010 jan 16]. Disponível em: [www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/.../informacoes\\_tecnicas](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/.../informacoes_tecnicas)
18. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse Effects Associated With Physical Restraint. *Can J Psychiatr*. 2003 jun;48(5):330-37.
19. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Kaltiala-Heino JLR. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc psychiatry psychiatr Epidemiol*. 2007 jun;42:747-52.

**Endereço para correspondência:** Marcio Roberto Paes. Rua São Pedro, 526. Alto da Cruz III, CEP: 83405-040, Colombo, Paraná.

**Data de recebimento:** 04/08/2010

**Data de aprovação:** 08/06/2011