

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**PRÁTICAS COERCIVAS EM PESSOAS  
INTERNADAS NUMA UNIDADE DE PSIQUIATRIA  
DE AGUDOS:  
Um estudo retrospectivo**

**Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,  
2025**



## **Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

# **PRÁTICAS COERCIVAS EM PESSOAS INTERNADAS NUMA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DE AGUDOS: Um estudo retrospectivo**

**Cristina Isabel Brito Marques Gonçalves**

**Orientadora: Professora Doutora Tânia Marlene Gonçalves Lourenço  
Coorientador: Professor Mestre Bruno Miguel da Costa Santos**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde  
Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,  
2025**



“Pensar é descobrir, é aprender,  
é compreender, é ter dúvidas antes de  
encontrar as certezas, é não temer  
perguntar, escutar, refletir, para  
conscientemente poder decidir, para  
livremente poder escolher”.

Manuel Monteiro





Dedico esta dissertação aos meus pais e avós.





## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny e às outras Instituições do consórcio que permitiram que este Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica tenha sido concretizado, elevando a qualidade e a promoção da investigação na área da Enfermagem.

À Direção do Instituto São João de Deus – Funchal, pelo apoio e disponibilidade.

À Exma. Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>ª</sup>. Doutora Tânia Lourenço em primeiro lugar pela sugestão desta temática e pelo seu entusiasmo no tema, que acabou por implementar esta vontade em investigar e inovar na área, pela sua dedicação ao longo do curso e todas as oportunidades que me deu para crescer como pessoa, profissional e investigadora. Grata pela sua partilha de conhecimentos.

Ao Prof.<sup>o</sup>. Bruno Santos pelo seu contributo e importante na função de coorientador.

A todos os professores envolvidos no Mestrado, pelos ensinamentos e acompanhamento ao longo do curso.

Aos enfermeiros da unidade de agudos que contribuíram para a concretização deste estudo.

Aos colegas de mestrado pelas partilhas e apoio mútuo um muito obrigado.

A toda a minha família, em especial aos meus pais pelo apoio incondicional nesta jornada continua.



## RESUMO

**Introdução:** As medidas coercivas são uma preocupação a nível mundial, a definição de coerção é complexa pelo fato de várias intervenções estarem associadas à mesma. Pode-se referenciar como aplicação de força ou ameaça de forma a persuadir a pessoa para fazer algo, e na aplicação de medidas que recorrem ao uso da força, exclusão e restrição, das quais se destaca a contenção mecânica e isolamento ambiental.

**Objetivo Geral:** Identificar a prática de medidas coercivas, especificamente a contenção mecânica e o isolamento ambiental, numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos.

**Metodologia:** Estudo retrospectivo realizado numa unidade de psiquiatria de agudos masculina em Portugal. Os dados colhidos correspondem ao período de 1 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023, tendo sido obtidos a partir dos registos dos utentes que foram submetidos a intervenções de contenção mecânica e/ou isolamento ambiental durante esse período. Os dados analisados incluíram idade, diagnóstico psiquiátrico, estado civil, escolaridade, nacionalidade, condição de admissão no internamento, tipo de medida coerciva (contenção mecânica, isolamento), número e duração dos episódios coercivos, motivos da coerção, hora do evento, registos dos diferentes profissionais de saúde. Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Instituição onde foi realizado o estudo.

**Resultados:** Durante este período, registaram-se 563 internamentos na unidade do estudo, sendo que 171 indivíduos (30,37%) foram submetidos a 407 contenções mecânicas e/ou isolamentos. Destas medidas, 140 correspondem à contenção mecânica (34,4%), e 269 correspondem ao isolamento (66,2%). Cerca de 46,78% dos utentes submetidos a alguma das medidas tinha idade compreendida entre 18 e 39 anos, e 34,49% tinha como diagnóstico médico transtorno mental e comportamental devido ao uso de substâncias psicoativas/ álcool. Durante esse período, os pacientes foram submetidos à contenção mecânica por uma média de 4,63 (+3,05) turnos e ao isolamento por uma média de 9,00 (+14,12) turnos. Os principais motivos para a aplicação dessas medidas foram o comportamento desorganizado (26,78%) e o risco de fuga (14,99%). Em nenhuma das 407 medidas foi registado o uso de *briefing*.

**Conclusão:** O estudo evidenciou a utilização da contenção mecânica e do isolamento, sendo mais predominante em jovens adultos com transtornos relacionados ao uso de substâncias. A duração das medidas e ausência de *briefing* registado sugere a necessidade de aprimorar protocolos de intervenção. Esses resultados podem contribuir para melhorar a

qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a utentes nos serviços de psiquiatria de agudos.

**Palavras-chaves:** Coerção, Saúde Mental, Psiquiatria, Enfermagem, Estudos retrospectivos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Coercive measures are a worldwide concern. The definition of coercion is complex due to the fact that various interventions are associated with it. It can be referred to as the application of force or threat in order to persuade a person to do something, and in the application of measures that resort to the use of force, exclusion and restriction, of which mechanical restraint and environmental isolation stand out.

General objective: To identify the practice of coercive measures, specifically mechanical restraint and environmental isolation, in an acute psychiatric unit for adults.

**Methodology:** One-year retrospective study carried out in a male acute psychiatric unit in Portugal. Data from 1 January 2023 to 31 December 2023 were obtained from the records of patients who underwent mechanical restraint and/or environmental isolation interventions during that period. The data analysed included age, psychiatric diagnosis, marital status, schooling, nationality, condition of admission to hospital, type of coercive measure (mechanical restraint, isolation), number and duration of coercive episodes, reasons for coercion, time of event, records of the different health professionals. This study obtained the favourable opinion of the Ethics Committee of the institution where the study was carried out.

**Results:** During this period, there were 563 admissions to the study unit, of which 171 individuals (30.37%) were subjected to 407 mechanical restraints and/or isolations. Of these measures, 140 corresponded to mechanical restraint (34.4%), and 269 corresponded to isolation (66.2%). Around 46.78% of the patients subjected to one of the measures were aged between 18 and 39, and 34.49% had a medical diagnosis of mental and behavioural disorder due to the use of psychoactive substances/alcohol. During this period, the patients were subjected to mechanical restraint for an average of 4.63 (+3.05) shifts and isolation for an average of 9.00 (+14.12) shifts. The main reasons for applying these measures were disorganised behaviour (26.78%) and the risk of escape (14.99%). No briefing was recorded in any of the 407 measures.

**Conclusion:** The study showed that the use of mechanical restraint and isolation was more prevalent in young adults with substance use disorders. The duration of the measures and the absence of a recorded briefing suggest the need to improve intervention protocols. These results may contribute to improving the quality of nursing care provided to users in acute psychiatric services.

**Keywords:** Coercion, Mental Health, Psychiatry, Nursing, Retrospective studies.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

ESESJC - Escola Superior de Enfermagem São José Cluny

EU - União Europeia

ICD - Instrumento recolha dados

OE - Ordem dos Enfermeiros

RAM - Região Autónoma da Madeira

SM - Saúde Mental

SMP - Saúde Mental e Psiquiátrica



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>26</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>30</b>
<b>1.1. DIREITOS HUMANOS EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>30</b>
1.1.1. Percurso Histórico da Evolução da Saúde Mental .....	33
1.1.2. Considerações éticas e medidas coercivas .....	36
<b>1.2. LEIS E POLÍTICAS EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>39</b>
<b>1.3. ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>43</b>
1.3.1. Modelo de Teórico de Enfermagem de Hildegard Peplau .....	46
<b>1.4. MEDIDAS COERCIVAS EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>48</b>
<b>1.5. ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS ÀS MEDIDAS COERCIVAS/ MODELOS</b> .....	<b>51</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	<b>58</b>
<b>2.1. DESENHO DE ESTUDO</b> .....	<b>58</b>
<b>2.2. AMOSTRA</b> .....	<b>58</b>
<b>2.3. OBJETIVOS</b> .....	<b>58</b>
<b>2.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO</b> .....	<b>59</b>
<b>2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b> .....	<b>63</b>
<b>2.6. COLHEITA DE DADOS</b> .....	<b>64</b>
<b>2.7. TRATAMENTO DE DADOS</b> .....	<b>64</b>
<b>2.8. PROCEDIMENTO ÉTICOS</b> .....	<b>64</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>66</b>
<b>3.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	<b>66</b>
<b>3.2. PERFIL DO UTENTE</b> .....	<b>67</b>
<b>3.3. MEDIDAS COERCIVAS</b> .....	<b>70</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>78</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>102</b>
<b>INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS</b> .....	<b>104</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>108</b>
<b>APENDICE A – PARECER DA COMISSAO DE ÉTICA DO INSTITUTO SÃO JOAO DE DEUS</b> .....	<b>110</b>
<b>APENDICE B – PRODUÇÃO CIENTÍFICA</b> .....	<b>113</b>

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização socio demográfica da amostra por utente (n=171) .....	64
Tabela 2 – Caraterização do número de medidas coercivas utilizadas por internamento por utente (n=171).....	65
Tabela 3 – Diagnóstico médico dos (por) utentes de acordo com CID 11 (n=171).....	66
Tabela 4 - Motivo e Medida coerciva aplicada (n= 407).....	67
Tabela 5 – Duração da medida coerciva aplicada por episódio.....	68
Tabela 6 – Caraterização da amostra por mês da medida coerciva aplicada (n=407).....	69
Tabela 7 – Dados do internamento aquando da medida coerciva (n=407).....	70
Tabela 8 – Duração e vigilância das medidas coercivas (n=407).....	71
Tabela 9 – Registos efetuados sobre as medidas coercivas aplicadas (n=407).....	72





## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo Safewards.....	52
----------------------------------	----





## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho de investigação teve origem no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem São José Cluny, em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa– Alto Tâmega e a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias.

A utilização de medidas coercivas em contextos de saúde mental e psiquiatria tem sido objeto de crescente análise e reflexão nos últimos anos em toda Europa e Mundo Ocidental (Aluh et al., 2024a). Frequentemente estão associadas a aplicação de medidas que recorrem ao uso da força, exclusão, restrição e tratamento forçado. Entre elas, destaca-se o tratamento involuntário, que envolve a imposição comportamental através de restrições físicas, mecânicas, farmacológicas ou ambientais (Välimäki et al., 2022).

A coerção define-se com atos de aplicação da força física ou qualquer ameaça de forma a persuadir a pessoa para fazer algo (Aluh et al., 2023). Estudos apontam que estas intervenções podem enfraquecer negativamente a dinâmica das relações terapêuticas, com possíveis consequências na adesão terapêutica, especialmente entre os utentes que enfrentam condições de doença mental prolongada. Além disso, a utilização destas medidas pode contribuir para o aumento do estigma social associado às pessoas com doença mental (Sashidharan et al., 2019).

Se por um lado, a utilização da prática de coerção é uma intervenção que, em algumas circunstâncias, se torna necessária para garantir a continuidade do tratamento de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, quando o comportamento da pessoa coloca em risco o próprio, o ambiente em que está inserido e a segurança de terceiros (Miodownik et al., 2019), por outro lado, poderá colidir com os direitos, liberdades e garantidas dos cidadãos.

Diversas pesquisas na área têm demonstrado o aumento da prevalência da coerção, sendo que a Legislação Europeia dos Direitos Humanos que ainda não consideravam os aspetos para medidas redutoras do seu impacto na saúde mental (Serrano et al., 2018). Em 2023, em Portugal, com a publicação da nova Lei da Saúde, Lei 35/2023, o tópico das medidas coercivas foi incluído no artigo 11º.

A necessidade de investigar este fenómeno surgiu pela escassez significativa de investigação realizada em Portugal, e também, pela mudança que tem sido desenvolvida

numa perspetiva de Abordagem Centrada nos Direitos Humanos nos serviços de psiquiatria.

Nesta investigação pretende-se identificar a prática de medidas coercivas, especificamente a contenção mecânica e o isolamento ambiental, numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos portuguesa, de modo que, após este estudo, possamos dar o nosso contributo para o desenvolvimento de conhecimento nesta área. Acreditamos que este estudo poderá contribuir, ainda que de forma incremental, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas internadas nas instituições de saúde mental e psiquiatria.

O Enfermeiro Especialista de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) é dotado de conhecimentos na área da investigação de modo a reunir competências na realização de estudos científicos, sendo reconhecido nas vertentes científicas, técnicas e humanas. É dotado de conhecimentos que lhe permite levar a cabo um estudo de investigação de modo a contribuir para a melhoria continua na área de Enfermagem e da sua especialização. O EEESMP também demonstra respeito e compreensão pelos Direitos humanos, analisando as situações específicas na prestação dos cuidados. Deste modo a temática despertou-me interesse pela sua complexidade e necessidade urgente de ser modificadas intervenções na Enfermagem e na Saúde Mental (SM).

O enfermeiro especialista com a obtenção do grau de mestre acrescenta ainda mais competências na vertente do conhecimento especializado, na sua capacidade de reflexão, contribuindo para um aumento da competência em gerir e transformar uma temática em estudo em novas abordagens estratégicas para a prática clínica. Foram delineados no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, as competências de mestre, que refere que o mestre é aquele que demonstra conhecimentos aprofundados, capacidade de resolução de problemas e utilização original dos saberes, além de habilidades para integrar conhecimentos complexos e comunicar conclusões de forma clara, promovendo a aprendizagem contínua de forma autónoma.

O presente estudo retrospectivo foi realizado em 2024, teve como alvo a análise dos registos em diário clínico, no âmbito do registo das medidas coercivas aplicadas aos utentes internados numa unidade de agudos em Portugal num período compreendido entre 1 janeiro e 31 dezembro de 2023. Este estudo é pioneiro em Portugal, uma vez que não conseguimos identificar nenhum outro semelhante.

Assim sendo, a dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico, onde é abordada os direitos humanos

em Saúde Mental (SM), o percurso histórico da evolução da SM, as considerações éticas e medidas coercivas, as leis e políticas em SM, Enfermagem Saúde Mental, incluindo o modelo teórico de enfermagem de Hildegard Peplau, as medidas de coerção em Saúde Mental e estratégias alternativas / modelos. No segundo capítulo contextualizamos a metodologia do estudo. No terceiro capítulo serão apresentados os resultados e a descrição dos dados, sendo o quarto capítulo a análise dos dados, finalizando com a conclusão, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos.

Na presente dissertação foram utilizadas as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição para a apresentação do trabalho e as recomendações para a elaboração de trabalhos académicos emanadas pela Escola Superior de Enfermagem São José Cluny.



## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1. Direitos Humanos em Saúde Mental**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi em 1948, na cidade de Paris, criada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, após o mundo ter vivenciado crimes atrozes contra a humanidade durante a 2ª Guerra Mundial, dando voz aos valores que transcendem nações e culturas, proclamando os direitos humanos independentemente da raça, cor, sexo, religião, opinião política e origem social ou nacional. Os 30 artigos que constituem a carta dos Direitos Humanos, baseiam-se na igualdade e dignidade, no direito à vida, liberdade e segurança, o direito em não ser mantido sob escravatura, tortura e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, a ser fornecido apoio jurídico, a proteção contra a desigualdade e discriminação, o direito a abandonar o seu país e procurar asilo, direito a uma nacionalidade, direito à liberdade de pensamento, de opinião e expressão, direito ao trabalho com condições equitativas, sem discriminação, com remuneração equitativa e satisfatória, direito ao repouso e lazer, direito a obter um nível de vida capaz de satisfazer as necessidades médicas e seguras no desemprego, doença, maternidade, infância, invalidez, viuvez e velhice, direito à educação, de ser livre culturalmente na comunidade e proteção de interesses morais e materiais, “(...) deveres para com a comunidade, fora da qual não é possível o livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade. (...) sujeito senão às limitações estabelecidas pela lei com vista exclusivamente a promover o reconhecimento e o respeito dos direitos e liberdades dos outros e a fim de satisfazer as justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar numa sociedade democrática” (Nações Unidas, 2016).

Os direitos humanos são mais que a componente legal e ética, é o pilar onde a nossa civilização se organiza. A carta dos direitos da união Europeia (UE), foi estabelecida com o intuito de orientar de forma igual os países da UE. Nos diversos artigos presentes no documento, salienta o direito à dignidade e respeito pela integridade física e mental, igualdade, à não discriminação (União Europeia, 2016).

Existe um aumento do diagnóstico em doença mental na Europa, levando a maior necessidade de resposta no tratamento (Conselho Europeu, 2019). Ainda segundo o Conselho Europeu (2019), existe um fator cultural relacionado com o controlar e tratar os utentes, considerados risco para o próprio e terceiros através da violência levando a sentimentos de dor, medo e trauma. Ao longo dos anos os países europeus adotaram

medidas compatíveis com as orientações da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos humanos das pessoas com deficiência, havendo a preocupação da inclusão dos direitos à saúde, dos cuidados básicos e do consentimento informado.

Em 2005 a OMS descrevia que as pessoas que são portadoras de doença mental, são vulneráveis a abusos e à violação dos seus direitos. O objetivo da legislação da saúde mental é o de proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar dos cidadãos mais vulneráveis, levando a uma visão de respeito e cuidado por parte da sociedade, ainda que infelizmente, o fato de existir a legislação não garante que a mesma seja aplicada pelos países aderentes, continuando-se a observar situações de incumprimento e violação dos mesmos. Essa problemática ocorre devido a diversos fatores, como a não atualização da legislação, e má interpretação da mesma, advindo da fraca clareza ao ser explanada.

Já em 1948 as Nações Unidas baseando-se no 1º artigo da Declaração Universal de Direitos Humanos, declarou que todas as pessoas têm o direito à sua dignidade, liberdade e igualdade, tendo sido incluído que as pessoas portadoras de doença mental têm o direito à proteção dos seus direitos humanos e à igualdade no direito e acesso à saúde, tal como, a aceitabilidade através da ética médica e a qualidade dos cuidados prestados, tais como, a disponibilidade dos serviços de saúde, a não discriminação no atendimento nos serviços de saúde, acessibilidade física, econômica e direito à informação relacionado com as suas condições de saúde (OMS, 2005).

A OMS descreve que 75% dos países a nível mundial criaram legislação em saúde mental, das quais 51% aprovaram as suas leis após o ano de 1990, restando ainda, uma minoria com legislação desatualizada e conseqüente não garantia da proteção dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Os objetivos descritos na Carta das Nações Unidas que fundamentaram a legislação da saúde mental baseiam-se nos direitos humanos, onde são incluídos “a igualdade, a não discriminação, o direito à privacidade e autonomia individual, liberdade de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação” (OMS, 2005).

Em 2023 a OMS refere que as leis da saúde mental, permitem uma resposta por parte dos países de forma a regulamentar os serviços e assegurar os direitos das pessoas portadoras de doença mental. A mais recente legislação permitiu um melhor conhecimento e compreensão, sendo essencialmente focada para onde se evidencia a pouca proteção e discriminação para com estas pessoas. A coerção continua a ser uma preocupação contínua, sendo a legislação um instrumento que fortalece as estruturas basilares da sociedade (OMS, 2023).

A OMS (2023) refere que as pessoas com doença mental, têm o direito a ser autónomas nas suas decisões, desde que legalmente capazes de as tomar, podendo em situação contrária necessitar de um representante legal, respeitando sempre o direito à liberdade e à segurança com igualdade, a liberdade a ser informado da sua condição de saúde e consentimento informado, o tratamento involuntário é uma forma de violação do direito à saúde, à capacidade legal e à liberdade, o direito a viver de forma independente e de serem incluídos na sociedade e direito de acesso à justiça.

Relativamente aos direitos dos utentes, salienta-se o direito à proteção na saúde, ao acesso dos cuidados de saúde com qualidade, o direito à decisão e ao acesso à informação clínica, tendo em conta, ao segredo profissional e confidencialidade, o direito de solicitar entidades que o representem e defendam, direito à assistência espiritual e religiosa e o direito a poder reclamar, elogiar e sugerir. Toda a população tem direito ao melhor estado de saúde físico, mental e social (Entidade Reguladora da Saúde, 2021).

De acordo com Nunes (2014), o enquadramento teórico do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Ordem dos Enfermeiros (OE), a saúde mental define-se como,

Processo de equilíbrio dinâmico entre o sentir, o pensar e o agir que permite a realização da pessoa através do exercício e desenvolvimento possíveis das suas capacidades biológica, psicológicas e sociais, participando construtivamente na economia e cultura da comunidade em que se insere. Neste processo, a pessoa age intencionalmente e autonomamente, no grau de interdependência correspondente ao ciclo de vida em que se encontra. (p.4)

A relação entre os direitos humanos e a saúde mental além da sua complexidade é considerada bidirecional, pois coexistem em simultâneo. A violação dos direitos humanos tem um impacto negativo na saúde mental, pois a proteção dos direitos melhora a saúde mental. Na presença de doença mental, advém um grande risco de violação dos direitos do utente, sendo fulcral a inclusão destes aspetos a nível político e nas leis da saúde mental, promovendo desta forma um aumento na qualidade de vida, integridade física, autonomia, confidencialidade e privacidade psicossocial, não descurando a capacidade legal, liberdade e segurança (Mahdanian et al., 2022).

Os direitos humanos quando são violados, e os danos são causados pelos sistemas de saúde mental e as suas leis, afetam um grande número de pessoas e comunidades, sendo imprescindível priorizar a legislação como um fio condutor para o exercício dos direitos humanos e a inclusão social (WHO, 2023). É de extrema importância a existência e

atualização constante da legislação em saúde mental de modo a denunciar a violação dos direitos humanos, agindo de modo preventivo.

### **1.1.1. Percurso Histórico da Evolução da Saúde Mental**

Durante séculos a doença mental foi associada a fenómenos místicos, religiosos e paranormais de forma a justificar os comportamentos das pessoas portadoras de doença mental, que eram incompreendidos pela sociedade, levando-os à exclusão familiar e social. A bibliografia e os fatos históricos retratam a doença mental tal como os seus tratamentos, como episódios degradantes e atroz. Ao longo deste capítulo, será abordada uma revisão da evolução histórica da saúde mental.

A história da doença mental, ou loucura, remota aos tempos da Grécia e Roma antiga, desde os tempos de Homero. A antiguidade clássica é importante na história devido aos pensamentos filosóficos, no entanto permanecia a ideia de que a origem da doença mental estava associada à ira dos Deuses, e possessão por espíritos malignos, sendo assim uma causa sobrenatural, onde eram os sacerdotes que intervinham como solução destes casos (Oliveira, 2002).

Os grandes filósofos, tais como Homero definiam a doença mental na perspetiva do irracional, onde o pensamento e sentimento não eram controlados pelo indivíduo. No entanto Platão interpreta a loucura como uma doença metafórica onde prevalece a impulsividade do homem, sujeitos à ignorância, vício e discórdia. Já Hipócrates apresenta uma nova conceitualização através de justificação racional e associa a doença mental a causas naturais, onde a personalidade dependia da interação perfeita das forças internas e externas (tais como o sangue, bílis negra, bílis amarela e humos aquoso e os quatro temperamentos sanguíneo, colérico, melancólico e fleumático) onde em caso de conflito destes estados ocorria uma alteração do funcionamento da personalidade. Destaca-se também Galeno (130-200 d.C.) que foi um médico fundamental da Roma antiga, tendo-se destacado na doença mental com o seu contributo no desenvolvimento da farmacopeia. Os romanos foram fundamentais na inovação em dietas especiais, fisioterapia, ludoterapia e atividades de grupo (Oliveira, 2002).

No século XIII e XIV, em Geel, Bélgica as pessoas com doença mental eram incluídas nas quintas onde participavam nas atividades da comunidade, em Espanha já existia um hospital que cuidava dos utentes com tolerância e inclusão pois defendiam ser uma doença patológica. No entanto existiam inúmeros lugares onde as pessoas portadoras de doença mental eram tratadas com recurso a diversos níveis de violência, exclusão e

acorrentados, tanto por profissionais como pelas próprias famílias, por serem associados a magia e feitiçaria. Na idade média o abandono por parte dos familiares era frequente, deixando-os trancados em celas pertencentes a hospícios, igrejas ou prisões, onde eram tratados com baixa qualidade de vida e uso excessivo de correntes e instrumentos coercivos. Com o aumento progressivo dos peregrinos a envolvência da saúde mental com a sociedade foi crescendo, pois depositavam a fé cristã na cura milagrosa para a doença mental. No século XVIII após as denúncias das condições precárias em que viviam as pessoas com doença mental foram criados, ao longo de toda a Europa, hospitais específicos para estes utentes, ocorrendo a contribuição de alguns filósofos para as mudanças, levando a uma era mais racional, de aprendizagem e mais consciente do fenómeno da doença mental (Whittington et al., 2023).

Em Portugal, em 1880 iniciam-se os esforços para a institucionalização na Psiquiatria. O médico Miguel Bombarda, defende que é essencial proteger, ajudar, medicar e isolar o doente, de modo a proteger a sociedade de possíveis danos que possam ser feitos pelo doente mental, ou alienado como era referido na época. Apenas em 1910 é que Portugal acompanhou a evolução do pensamento psiquiátrico a nível Europeu, com um grupo de médicos que iniciou um movimento onde se valorizam a “formação biologista e higienista, a valorização das ciências naturais, a interpretação somática das doenças mentais, o empenhamento em acções sociais e pedagógicas, a fé profunda na ciência, o empenho na criação de legislação social e assistencial que permitisse reformas com intervenção do Estado na assistência pública” (Pereira, 2015, p.33).

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, foram criados diversos cursos na área do ensino, referenciando em 1890, no Porto, o médico Magalhães Lemos que promoveu um curso clínico de doenças mentais e nervosas, contando com o médico Júlio de Matos, na realização de conferências de psiquiatria e neurologia. Em 1895, Lopes Martins que diligenciou um curso de neuropatologia e de psiquiatria, na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, revelando uma preocupação crescente na formação ao longo do país (Pereira, 2015).

Em 1949 o médico português Egas Moniz juntamente com o suíço Walter Rudolf Hess, ganham o premio nobel da medicina através da sua técnica inovadora, a lobotomia, acreditando ser um contributo no tratamento das psicoses. Em junção com o cirurgião Almeida Lima, experimentou injeções de álcool, através de fissuras no crânio, onde posteriormente, experimentou cortar a matéria branca que une os lobos frontais, com o intuito de eliminar a doença mental. Em termos de resultados um terço dos utentes

apresentavam melhorias, enquanto nos restantes eram observados apatia e a insensibilidade afetiva ou morte (Barata, 1999).

A introdução da clorpromazina por volta de 1952 marca uma era no tratamento das doenças mentais, diminuindo assim o uso das intervenções da psicocirurgia, incluindo as lobotomias e de outros tratamentos utilizados, tais como, a eletroconvulsoterapia, a insulinoaterapia, sendo a ergoterapia usada para o controlo dos doentes mentais através de uma rotina que influenciava positivamente o ambiente, tornando-os mais calmos e organizados, sendo que a falta destas tarefas leva à deterioração do estado geral do doente. O aparecimento dos psicofármacos abre horizontes para o conhecimento na vertente dos neurotransmissores relacionados com a doença mental e no fim dos anos 50 começam a aparecer novos fármacos tais como os antidepressivos e os ansiolíticos (Santos, 2019).

Segundo Filho et al. (2015), em Portugal nos anos 1960 deu-se o início da reforma Psiquiátrica que é compreendida por um conjunto de políticas sociais, culturais, administrativas e jurídicas, de forma a fomentar mudança nas práticas. Em 1963 a Lei de Saúde Mental criou os princípios da política dos cuidados psiquiátricos através dos setores de serviços psiquiátricos e de Centros de Saúde Mental, tendo como objetivo principal a desospitalização e a integração dos utentes na comunidade.

No início do século XX deu-se o início da desinstitucionalização dos doentes mentais, promovendo o regresso à comunidade, levando à evolução das Políticas de Saúde Mental.

A Lei da saúde mental teve pouco impacto em Portugal, pois além de poucos profissionais terem aplicado a lei, o tratamento continuava centrado nos hospitais e não nos serviços de ambulatório.

O mesmo autor refere que na década dos anos 80, ocorreu a integração dos cuidados de saúde primários, onde foram desenvolvidos Centros de Saúde Mental por cada área geográfica com o intuito de prestarem apoio desde a fase do tratamento até à fase de reabilitação. Em 1992 ocorreu a integração do serviço de saúde mental nos serviços de saúde geral e a promulgação do Decreto-Lei nº. 127/92 de 3 de julho, que preconizava o fim dos Centros de Saúde Mental, Centros de Saúde Mental infanto-juvenil, passando a estar integrados nos hospitais gerais (Filho et al.,2015).

Ao longo dos tempos as novas linhas de tratamento foram desenvolvidas baseadas em tratamentos mais dignos, originando novos modelos, levando a psiquiatria a pertencer a uma disciplina, com necessidade de investigação e aquisição de conhecimentos, fundamental para o entendimento da doença mental a nível biológico, psicológico e social.

Até à atualidade outras técnicas foram desenvolvidas, prevalecendo diversos acontecimentos que marcaram a evolução da psiquiatria, podendo observar uma evolução e atenção direcionada para os direitos humanos e aumento da qualidade de vida com a criação de outras intervenções que promoveram a diminuição das medidas coercivas (Whittington et al., 2023).

Na história recente, existem ainda situações de relance, como em 2019, na República Checa onde foi apresentada ao Comité Europeu dos Direitos Humanos uma queixa relacionada com um caso de violação dos direitos humanos, devido ao uso de camas gaiolas em utentes portadores de doença mental, maioritariamente aplicadas a utentes do sexo feminino, sendo estas sujeitas a condições degradantes em forma de camas gaiola e de rede, que eram usadas como medidas punitivas, infringindo dano físico e psicológico. Juntamente com estas medidas coercivas associava-se o isolamento, a privação das necessidades básicas humanas como água, alimento e condições sanitárias, imperando sentimentos de medo e desespero (Schonviszky, 2024).

Ao longo dos séculos observa-se uma mudança na mentalidade e na abordagem referente à pessoa portadora de doença mental, a preocupação pelos direitos humanos torna-se evidente, salvaguardando que, ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente a esta vertente e na área da coerção.

### **1.1.2. Considerações éticas e medidas coercivas**

Segundo Miranda (2008), citando Cabral (2003), a “Ética é um adjectivo substantivado com dupla origem etimológica: “ἔθος (éthos), costume, uso, maneira (exterior) de proceder, e ἦθος (êthos), morada habitual, toca, maneira de ser, carácter”. Miranda (2023) citando Sgreccia (2002) refere que a ética é uma ciência associada a valores, princípios e normas.

A ética tem como base a avaliação crítica de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto moral, havendo uma vertente ética associada à pessoa e uma vertente moral que vai de encontro com as normas da sociedade. A ética é vista como “um instrumento de conduta das responsabilidades sociais, das obrigações da organização, para atingir os fins pessoais e coletivos a que se propõe.” (Dias, 2014; p.91)

A definição de medidas coercivas é complexa, sendo importante diferenciar a coerção formal e a coerção informal, sendo a coerção formal a limitação de movimento através das restrições mecânicas e o isolamento, internamento involuntário ao tratamento forçado e a coerção informal a influencia, pressão e manipulação na decisão do utente. Na

prática é fundamental a avaliação da capacidade de tomada de decisão por parte do utente, sendo essencial a avaliação cognitiva, pois está relacionado com o princípio da autonomia e a coerção que se revela como o oposto (Chiene et al., 2021).

Os enfermeiros desde a sua licenciatura, são levados a perceber a importância da ética, embora que seja difícil de analisar e clarificar os conceitos morais na prática de enfermagem. No entanto Hunt (1994) defende a necessidade de dotar de conhecimentos os enfermeiros e estudantes de enfermagem na área da moral e da ética, aumentando o conhecimento em conceitos morais e princípios, de modo a promover tomadas de decisão adequadas em situações que podem colocar em risco os direitos dos utentes. Frequentemente somos confrontados com situações em que questionamos as tomadas de decisão e como podem ser melhoradas num futuro.

Segundo o código deontológico do enfermeiro existe o dever do profissional para com a profissão e a sociedade, sendo umas das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EEESMP) a aquisição e exercício das suas funções com conhecimento.

O enfermeiro depara-se com o princípio da dignidade humana, um valor autónomo e específico, inerente aos seres humanos e associado à personalidade. O direito positivo revela uma visão unitária da pessoa, uma vez que o homem é “sujeito de direito” e não objetivo” (p. 59), deste modo no exercício profissional e ao deparar-se com situações específicas do doente mental é imprescindível relacionar o princípio da liberdade e dignidade humana, avaliando a autonomia, ou seja, a capacidade de cada um fazer as suas escolhas de forma responsável e de forma ética, sendo a pessoa responsável pelas suas decisões, atos e consequências, e capacidade para se reger por leis próprias. A humanização dos cuidados significa tornar as nossas ações mais humanas, e de acordo com o código deontológico “desafio para o enfermeiro é criar um espaço físico esteticamente agradável, confortável, funcional e seguro, mas sobretudo desenvolver na equipa de profissionais uma cultura de humanização” (p. 142) (Germano et al., 2005).

Os enfermeiros têm o dever de promover um ambiente que promove os valores, a cultura, o respeito pelas diferentes crenças religiosas, espirituais e individuais. Estes profissionais têm como fundamentação a proteção dos direitos humanos no cuidar, mostrando-a através dos seus valores, respeito, compaixão, empatia, integridade e dignidade (ICN, 2021).

É essencial ao abordar esta temática das medidas coercivas referir os princípios éticos que são fundamentais no cuidar, tais como, o princípio da autonomia, que se centra no utente e na sua dignidade e responsabilidade.

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2005), o direito à vida e à qualidade de vida, sobressai os deveres do enfermeiro no respeito pelo utente ao longo do seu ciclo vital, independentemente do estadio da doença e tipo de doença, sendo a vida de cada individuo valorizada de igual forma. A pessoa é um conjunto de valores biopsicossociais, culturais e espiritual, pelo que o princípio fundamental na prevenção da coerção, através do respeito pela pessoa no seu estado de doença mental, é atuar de acordo com a sua dignidade, promovendo a qualidade de vida nos diversos sectores.

No princípio da autonomia também descrito no Código Deontológico do Enfermeiro, entende-se “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um”(p.63) (Germano et al, 2005), levando a uma preocupação social e profissional da defesa da liberdade. Este aspeto pode ser discutido eticamente, na medida do internamento compulsivo, onde o utente encontra-se numa situação legal, mas veem-se retiradas a liberdade e autonomia na sua escolha, ou no isolamento do utente a um determinado espaço (exemplo, quarto) (Germano et al., 2005).

Segundo Cabral (2003), citado por Bessa (2013), “se não nos interrogam, todos sabemos o que é, mal nos perguntam, entramos em dificuldade ... a dificuldade é real, mas não torna impossível um certo explicitador, que nos ajude a penetrar mais fundo na realidade, ou realidades, que a palavra dignidade exprime”.

A dignidade humana é um elo com ligação aos vários princípios éticos que o enfermeiro se rege, como uma âncora. Perante esta expressão, observamos a linha ténue entre fazer o benefício e o malefício, do qual um ato de benefício, que abrange um leque de estratégias e conhecimento para prever um comportamento com fins benéficos possa ser transformado ou interpretado pelo utente como algo prejudicial a si próprio, sendo importante a reflexão e o *debriefing* em equipa após o ato coercivo.

Segundo Zanini e Queiroz (2023) referem que vários autores diferenciam os dois princípios desta forma, os princípios da beneficência como aspeto comissivo e o da não maleficência como aspeto omissivo, sendo estes princípios reconhecidos após a ponderação e debate sobre os riscos e os benefícios.

Relativamente às medidas coercivas, em diversas situações os enfermeiros debatem-se com um conflito ético, entre o que é o mais correto e o que trás o mínimo de dano ao utente. A explicar, um utente com descompensação da sua doença psiquiátrica,

sem capacidade naquele momento de decidir o que é o melhor para o próprio, e em situações em que constituem um risco para si próprio e para/ou terceiros será necessário recorrer às medidas coercivas, seja ela isolamento ou contenção mecânica, tendo presente causar o mínimo dano possível, em prol de promover o bem.

No código deontológico do Enfermeiro nas suas referências éticas, podemos observar as abordagens efetuadas relacionadas com a prevenção da coerção, desde modo, realça-se o respeito pela autonomia e os direitos do utente.

Existem várias apresentações na legislação sobre medidas coercivas de acordo com o país e os quadros jurídicos, bem como as forma de coerção a aplicar. Existem também diversas questões éticas lançadas devido às infrações na aplicação da legislação, revelando não haver consenso no uso apropriado e moral para a aplicação da coerção (Chieze et al., 2021). A tensão entre a coerção e os direitos humanos é elevada e pouco estudada na área da saúde mental e psiquiátrica, sendo um paradoxo para a limitação de liberdade tão discutida (Chieze et al., 2021).

Existem elementos éticos importantes ao abordar esta temática, tais como os valores, a prática clínica, os sentimentos dos profissionais e dos utentes, sendo que os valores morais de cada interveniente são fulcrais para defender a autonomia, integridade, dignidade do utente e a segurança.

O uso da restrição e do isolamento na saúde mental, maioritariamente não é com a intenção de abuso e violência, no entanto, diversos fatores levam ao uso das medidas coercivas. Algumas leis e políticas, permitem o uso destas medidas para proteger as pessoas portadoras de doença mental de danos próprios e a terceiros, sendo que a falta de informação, recursos e treino podem ser indicadores do uso de medidas coercivas (WHO, 2019).

Os princípios éticos são fundamentais para a diminuição da coerção, visto que leva a questões e discussão de certos princípios, tocando na empatia e necessidade de melhorar as práticas nos enfermeiros que exercem as suas funções em contextos de Saúde Mental, e nas restantes áreas de intervenção. A ética está em constante evolução, permitindo assim emitir pareceres específicos para as inúmeras temáticas existentes na área da saúde mental.

## **1.2. Leis e Políticas em Saúde Mental**

É essencial uma compreensão sobre os fatores biológicos, psicológicos, ambientais, não esquecendo a sociedade, economia, ambiente familiar, segurança ou

ambiente violento entre outros fatores em que o individuo se encontra inserido e que afetam a saúde mental. Nos dias de hoje observa-se uma vasta área onde existe diversas políticas como linhas orientadoras, tais como a educação, arte e cultura, ambiente, emprego, pesquisa e inovação, proteção social, sustentabilidade e saúde mental. Todos estes subsistemas apoiam o sistema da saúde. É imprescindível proteger quem apresenta maior risco de défice de saúde mental, pela discriminação de género e etnia, violência e ódio, de modo a haver maior equidade na sociedade (Comissão Europeia, 2023).

Desde 1946 que as nações unidas, têm vindo a desenvolver grupo de informação e comités locais dos direitos humanos, juntamente com estados membro de forma a contribuir para uma melhoria dos cuidados nas instituições. Durante as décadas de 60 e 70 foram desenvolvidos diversos seminários destacando-se em 1978 em Genebra onde foi desenvolvido um seminário com o objetivo definir diretrizes e funções para as instituições, tais como, funcionar como fonte de informação nos direitos humanos, esclarecer a população aumentando a literacia na temática, examinar qualquer situação particular que surja no plano interno com o governo efetuando recomendações necessárias, apresentar pareceres sobre as questões dos direitos humanos ao governo, manter atualizadas a legislação e decisões judiciais e por último desempenhar qualquer outra função que o governo considere pertinente. Em muitos países, foram criadas comissões especiais de modo a garantir a aplicação da legislação relativa com os direitos humanos. As diversas comissões apresentam funções e áreas de intervenção diferentes, da qual a comissão dos direitos humanos atuam de forma a reduzir a discriminação e na proteção dos direitos civis e de outros direitos humanos, enquanto outras comissões ocupam-se das violações de todos os direitos reconhecidos como casos de discriminação racial, religiosa, étnica e sexual, entre outras (ONU, 2001).

A legislação sobre a saúde mental, está em constante evolução, tendo como principais objetivos proteger, promover e melhorar a vida e o bem-estar social dos cidadãos. Alguns países não foram atualizando com frequência a legislação referente aos direitos humanos, observando-se assim uma violação desses direitos, cujos objetivos eram de salvaguardar os utentes considerados como risco para terceiros, isolando-os da sociedade. Era permitido também a custódia de pessoas com transtornos mentais que não apresentassem risco à sociedade mas uma incapacidade de cuidar de si e de tomar decisões. Segundo OMS (2001) 75% dos países possuíam legislação para a saúde mental, mas apenas 51% têm leis aprovadas depois de 1990, e 15% ainda possuem legislação anterior a 1960. A legislação em saúde mental tem como objetivo consolidar os valores e princípios,

tais como, igualdade, a não discriminação, o direito à privacidade e autonomia, direito a não sofrer de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação com atenção especial aos temas dos direitos humanos e do acesso aos serviços. A violação destes direitos continuam a ser frequentes nalguns países, sendo que as pessoas portadoras de doença mental são submetidas a trabalho forçado, abandono, negligência de cuidados básicos de saúde, expostas a tortura ou outro tratamento desumano ou degradante, muitas vezes em instituições psiquiátricas.

O Programa Nacional de Saúde Mental tem como missão desenvolver diversos programas e orientações na área da saúde, sendo que a saúde mental está incorporada no programa com a missão de assegurar o acesso a cuidados de qualidade em saúde mental a toda a população, principalmente os grupos vulneráveis.

Segundo Palha e Costa (2015), o Conselho Nacional de Saúde detetou a continuidade de desafios sem solução na área da saúde mental, tais como, a crise financeira, uma necessidade de adequar os cuidados de saúde às necessidades e de corresponder às expectativas dos cidadãos portadores ou não de doença mental, alterações demográficas, barreiras à reforma da saúde mental e resposta às necessidades da população na comunidade, nomeadamente uma resposta adequada da comunidade às necessidades das pessoas desinstitucionalizadas e a necessidade de apoio e de um alargamento da rede dos cuidados continuados. Estes desafios foram integrados ao Plano Nacional de Saúde Mental de 2007 a 2016, onde se referia ser essencial um sistema mais funcional a nível de acessibilidade, equidade e qualidade.

Jané-Llopis e Andreson (2006) citando Santos et al. (2006) descreve que a política de saúde mental, integra a melhoria da SM e a reabilitação psicossocial. As responsabilidades nacionais e regionais sobre a definição e implementação das políticas recai sobre a Direção Geral da Saúde e do Ministério da Saúde. Existe uma participação nacional em programas europeus, como, “Indicadores de Saúde da comunidade Europeia”, de forma consolidar informações para preparar um sistema nacional de informação na área da saúde mental.

Após o Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental de 2013, abordar a prevalência da doença mental em Portugal, sendo que, 1 em cada 5 dos indivíduos que representavam a amostra referem apresentar perturbação psiquiátrica nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, referenciando Portugal como o país com a segunda prevalência mais alta na Europa, seguindo -se à da Irlanda do Norte (Cardoso et al., 2013).

No Plano Nacional de Saúde Mental, referente a 2017, foram efetuados investimentos a diversos projetos, tais como, prevenção do suicídio na adolescência, saúde mental na grávida, havendo novas metas para a saúde mental, no âmbito da prevenção (DGS, 2017).

Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis, promovendo os direitos humanos, contribuindo com a redução do impacto das perturbações mentais e promovendo a saúde mental das populações. É essencial promover a prestação de cuidados de forma mais próxima das pessoas com doença mental e facilitar assim o envolvimento da comunidade, utentes e famílias. E por último integrar a intervenção da saúde mental a nível dos cuidados primários, hospitais gerais e cuidados continuados. Em 2020 o sistema nacional de saúde teve como objetivo aumentar o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários para 25%, diminuir a prescrição de benzodiazepinas na população, criar Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, e aumentar em 30% o número de ações em programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais (Programa de Saúde Prioritários Metas de Saúde, 2020).

Segundo a nova lei da Saúde Mental (Lei 35/2023) que entrou em vigor em Agosto 2023, o artigo 8º, refere que as “Medidas coercivas, incluindo isolamento e meios de contenção físicos ou químicos, exceto nos termos previstos na presente lei”, “As pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental a quem seja aplicada pena, medida de segurança ou medida de coação mantêm a titularidade dos direitos”. No Artigo 9.º, refere-se ao exercício dos direitos, protegendo as pessoas portadoras de doença mental, dando-lhes o poder de escolha e o direito de nomear a pessoa de confiança que as apoie no cumprimento do exercício dos direitos de reclamação, de sugestões, de recurso e revisão da decisão de tratamento involuntário. O Artigo 11.º na prestação de cuidados de saúde mental, evidencia que as medidas coercivas (isolamento e meios de contenção físicos ou químicos), só podem ser usadas em casos de extrema necessidade prevenindo a ofensa grave e iminente ao corpo ou à saúde da pessoa susceptível a cuidados, como referido anteriormente as medidas coercivas podem ser utilizadas em último recurso e por um período limitado, devendo ser claro e específico a sua utilização e expressamente prescrito por um médico ou levado imediatamente ao seu conhecimento para apreciação e aprovação, em caso de urgência. É imprescindível o registo em processo clínico sobre a natureza das medidas coercivas aplicadas, os fundamentos da sua utilização e a duração

das mesmas. De acordo com as orientações em outros países, incluído em Portugal e de acordo com a lei da saúde mental as medidas coercivas devem ser aplicadas por profissionais com conhecimento e experiência sendo necessário uma monitorização clínica contínua e registada no processo clínico com frequência de modo a salvaguardar a segurança da pessoa contida.

### **1.3. Enfermagem Saúde Mental**

A doença mental está incorporada na saúde mental, segundo Moreira e Melo (2005), se apenas falarmos de saúde mental, damos a sensação de que a doença foi erradicada, “em saúde mental, a existência de elementos capazes de gerar a doença mental podem estar presentes sem que isso signifique a existência de doença, (...) doença mental está dependente da inter-relação de determinados fatores (...), face a determinados fatores de risco, desenvolve perturbação, e outro perante os mesmos fatores não desenvolve”(p.123) .

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022) o bem estar como algo inserido na saúde mental, que possibilita as pessoas de lidarem com os objetivos estabelecidos para a sua vida, à medida que lida com os stressores do dia-a-dia, detetando as suas habilidades na contribuição para as necessidades da sociedade de modo produtivo, sendo também um componente fundamental na construção de relações, na capacidade de tomar decisões e de se inserir num desenvolvimento biológico, psicológico, social, cultural e ecológico. A saúde mental é mais que ausência de doença mental, é uma vertente complexa, em que cada pessoa vivencia de forma diferente. No entanto, a doença mental, é uma situação patológica e as alterações psicossociais que levam a distúrbios do foro psicológico, remetendo para o desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas socioculturais e biopsicológicos.

A saúde mental e o bem-estar estão fortemente interligados através dos fatores sociais, económicos e ambientais. O sistema de saúde mental foca-se essencialmente no diagnóstico, medicação e sintomatologia esquecendo-se da discriminação e violação dos direitos humanos sentida pelas pessoas portadoras de doença mental, da baixa qualidade dos serviços, tais como fracas condições básicas de vida e tratamento degradante (WHO, 2023).

O conselho internacional de enfermagem (ICN, 2024) reconhece o papel fundamental do enfermeiro na saúde mental, independentemente de ter uma especialização na área. A enfermagem faculta apoio e acesso aos cuidados, trabalha na redução do

estigma, fomenta o cumprimento dos direitos humanos, focando-se na qualidade dos cuidados de uma forma holística, não só à pessoa portadora de doença mental, mas também às famílias e comunidade. A enfermagem de saúde mental colabora em conjunto com outros profissionais de saúde, promovendo a prevenção contínua, através de uma intervenção mais célebre e eficaz. É também promovido através das intervenções de enfermagem o aumento da socialização, psicoterapia e mudança de comportamentos de risco (ICN, 2024).

A enfermagem de saúde mental é uma das áreas especializadas que englobam a profissão de enfermagem que é sustentada através da investigação e da evidência, tendo também o contributo das teóricas da enfermagem. O EEESMP tem formação e capacidade única na diferenciação dos cuidados e fazer um juízo adequado tendo em conta o conhecimento das necessidades de intervenção, referência e ou consultoria. A literacia em saúde mental é fundamental tanto para os profissionais de saúde como para a comunidade de modo a aumentar o conhecimento, capacitando a tomada de decisão e prevenção de comportamentos que podem pôr em risco os direitos humanos (OE, 2011).

A intervenção pelo EEESMP traz ganhos em saúde para as pessoas portadoras de doença mental ou em processo de sofrimento, através da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e intervenção perante respostas desajustadas ou desadaptadas da pessoa, da família e da sociedade. O EEESMP desenvolve “vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhes permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Diário da República: 2º série, nº151 de 7 de agosto 2018).

Uma das competências do EEESMP é a realização e implementação de um plano de cuidados individualizado, tendo como base o diagnóstico de enfermagem e o resultado a ser alcançado, através de estratégias para remeter o utente a conhecer e desenvolver conhecimentos sobre fatores de proteção de modo a reduzir o risco de perturbação mental, monitorizar a sua segurança e detetar de forma precoce possíveis situações de emergência psiquiátrica. O EEESMP elabora e implementa o plano de cuidados para aumentar e ou manter as suas competências de capacidades, diminuindo a exclusão social e promovendo a integração no seio familiar e social. Ao promover a adesão ao tratamento e implementar intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas, previne ou reduz a implementação de medidas coercivas nos utentes internados em instituição de saúde mental. De um ponto de vista geral as intervenções especializadas por EEESMP fazem a

diferença devido à resposta específica e direcionada para os direitos do utente (Diário da República: 2º série, nº151 de 7 de agosto 2018).

As intervenções do EEESMP contribuem para a adequação dos cuidados e das respostas às necessidades dos doentes e respetivas famílias, de acordo com as necessidades observadas, evitando o descontrolo da situação e desinserção social da pessoa afetada, ajudando na promoção da qualidade de vida e recuperação (Diário da República: 2º série, nº122 de 25 de junho 2015).

Os padrões qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, tem como objetivo constituir um instrumento de melhoria continua para a promoção dos cuidados especializados em SM e como referencial para reflexão sobre a prática (Diário da República: 2º série, nº151 de 7 de agosto 2018).

Ao longo dos anos deparamo-nos com uma evolução continua na ESMP, dando uma maior estrutura, progressão, e linhas orientadoras ao EEESMP e às competências esplanadas nos padrões de qualidade e os seus regulamentos, fomentando o reconhecimento da área de especialidade na enfermagem. As intervenções do EEESMP acima referidas (psicoeducativas, psicoterapêuticas e socio terapêuticas) passaram por um processo de evolução e reconhecimento de capacitação na sua implementação por parte do EEESMP, principalmente as intervenções psicoterapêuticas.

Desde o seculo XX, na década de 50 que nos Estados Unidos da América, as terapias começaram a ser implementadas por enfermeiros. Na década de 70 existiu um desenvolvimento em diversos tipos de terapias que promoviam uma abordagem atualizada, acessível, eficiente e responsável dos próprios serviços de saúde. Sendo que as novas terapias poderiam ser integrados nas competências do enfermeiro. Existem diversos estudos que suportam a evidencia científica de que os EEESMP apresentam competência e efetividade na realização de intervenções psicoterapêuticas. Em 2010 as especialidades em enfermagem iniciaram o processo de formalização, onde foram definidas competências essenciais para a atribuição do título de especialista em ESMP, e nesse mesmo ano o regulamento do Colégio da Especialidade em ESMP e o regulamento das competências específicas do EEESMP foi aprovado, havendo assim um reconhecimento formal das competências psicoterapêuticas do enfermeiro especialista em ESMP (OE, 2023).

Com o acompanhar da evolução na Enfermagem de saúde mental, também nos anos 50, vários enfermeiros entre eles a Enfermeira Hildegard Pepalu, investiram na formação académica através de pós graduações, mestrados e doutoramentos. Estas áreas académicas permitiram aos enfermeiros desenvolverem programas de investigação e

reflexão, originando o desenvolvimento de teorias com impacto direto na organização dos cuidados na enfermagem geral e nas áreas de especialidade (Sequeira & Sampaio, 2020).

### **1.3.1. Modelo de Teórico de Enfermagem de Hildegard Peplau**

Na década de 60, a enfermagem teve um avanço a nível científico, levando a que os enfermeiros se questionassem sobre o estado da enfermagem, tendo sido desenvolvido momentos de discussão e partilha de ideias, contribuindo de forma ativa para o desenvolvimento das teorias de enfermagem e a identificação de conceitos, estudos, análise, avaliação e críticas nas diversas áreas de intervenção do enfermeiro (Santos & Nóbrega, 1996).

A enfermagem para promover a saúde mental dos indivíduos, precisa de ir mais além das estratégias de prevenção da saúde, utilizando assim estas estratégias combinadas com a promoção do bem-estar e equilíbrio com o meio ambiente. As teorias de Enfermagem enfatizam a promoção da profissão, através das suas estratégias, liderança e do reconhecimento da promoção da saúde. Na promoção da saúde mental, destacam-se teorias de enfermagem com o propósito de contribuir com construtos com influência na práticas de enfermagem. A teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau é um dos Modelos Teóricos de Enfermagem muito utilizado em contextos de saúde mental (Bitterncourt et al, 2018).

A teoria de Hildegard Peplau está relacionada com as relações interpessoais, onde descreve um processo dinâmico de crescimento e desenvolvimento conjunto de utente e enfermeiro, onde existem fatores importantes no processo do utente como a família, e aspetos socioculturais. Hildegard Peplau identifica quatro fases onde cada etapa está relacionada com o processo de enfermagem. Numa primeira fase, ocorre a orientação, na qual o utente apercebe-se da necessidade de ajuda e procura o Enfermeiro, que por sua vez ajuda-o a reconhecer o seu problema. O utente é acompanhado pelo Enfermeiro que questiona sobre o que está a acontecer e estabelece um vínculo à medida que as preocupações vão sendo identificadas. É um trabalho em conjunto havendo contribuições do utente e da família, onde podem ser identificados sentimentos como a ansiedade. Esta fase culmina com a identificação/definição do problema. Numa segunda fase dá-se a identificação, no qual, o Enfermeiro ajuda o utente a definir as estratégias que vão dar resposta às suas necessidades, explora e identifica os sentimentos e necessidades do utente, estabelecendo as metas do processo de cuidado, almejando que seja de forma interdependente e cooperativa. Na terceira fase, a da exploração, são estabelecidos objetivos de forma a serem mensuráveis. É explorado ao máximo de modo a alcançar os

melhores resultados. São utilizados instrumentos de comunicação como o esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino e a interpretação para atuar no cuidado ao utente, o qual aproveita os serviços oferecidos para satisfazer as suas necessidades. Assim, o profissional auxilia o utente na resolução dos seus problemas tendo como próximo passo a fase de resolução (Bitterncourt et al., 2018).

Na quarta e última fase, ocorre a resolução. Nesta a relação terapêutica termina, as metas são renovadas e o utente deixa de necessitar do Enfermeiro. A fase de resolução é a última parte do processo interpessoal, processo pelo qual o laço utente -enfermeiro, segundo a autora, é desfeito. As necessidades do utente são gradualmente satisfeitas e surgem novos objetivos. A resolução bem-sucedida ocorre quando o utente se afasta da identificação com o Enfermeiro e ambos se tornam independentes, fortes e amadurecidos. A teoria propõe o desenvolvimento gradual de modo a identificar necessidades específicas para alcançar a sua independência e autonomia, munindo-o de ferramentas que promovam a sua saúde física e mental (Bitterncourt et al., 2018).

Para Hildegard Peplau era de extrema importância a experiência dos utentes com os enfermeiros, enfatizando o efeito enfermeiro/ utente nessas mesmas experiências, defendia a pesquisa e evidencia científica, tendo como foco principal o utente, as suas necessidades e a perceção dos utentes perante as intervenções dos Enfermeiros (Hagerty et al., 2017). Tendo em conta estes ideais e tal com o foi referido anteriormente ao longo do enquadramento teórico, a aplicação das medidas coercivas pelos enfermeiros cria uma barreira na relação terapêutica entre utentes e enfermeiro, atrasando a confiança no profissional de saúde, promovendo o medo em futuras intervenções. Os enfermeiros são o grupo de profissionais de saúde com maior proximidade com os utentes, sendo essencial estabelecer uma relação de confiança, segurança e disponibilidade para com as necessidades do utente e da sua família quando necessário, sendo esta necessidade acrescida com utentes portadores de doença mental, que enfrentam diariamente as características da sua doença, a discriminação e luta pela inclusão social. Faz parte da intervenção do enfermeiro tanto de cuidados gerais como de EEESMP, a contribuição para o aumento da qualidade de vida e aumento da autonomia.

Segundo Coelho et al. (2024), tendo em conta a teoria de Hildegard Peplau, a relação de utente /enfermeiro quando é observável através do acréscimo das capacidades do utente e o desenvolvimento das suas habilidades interpessoais para resolução de problemas. É reforçado a importância da qualidade das intervenções de Enfermagem, na promoção da qualidade de vida e da recuperação, reduzindo assim sempre que possível o

internamento hospitalar. O autor reforça também um dos ideais da Hildegard Peplau, tais como a compreensão da perspectiva do utente em todo o processo, sendo que todo este processo reforça o objetivo principal da colaboração entre profissional de saúde e utente, no seu processo de tratamento.

O estudo desenvolvido por Coelho et al. (2024), com o objetivo de explorar a relação dos utentes adultos com portadores de doença mental com os Enfermeiros, reforça a teoria de Hildegard Peplau, e a importância relacional com o profissional de saúde havendo um contributo importante no processo de recuperação, revelando uma maior vulnerabilidade em utentes com transtornos psicóticos.

#### **1.4. Medidas coercivas em Saúde Mental**

A utilização das medidas coercivas em saúde mental está relacionada com a atuação contra o desejo do utente retirando-lhe assim a liberdade de decisão, violando a autonomia e a integridade física levantando serias questões éticas e dilemas por parte dos profissionais, apesar de serem usadas para segurança (Efkemann et al., 2024).

A coerção tem duas formas de ser interpretada, podendo ser formal, onde ocorre ações que limitem a liberdade de movimento do utente como, restrição mecânica, isolamento, tratamento forçado e internamento involuntário, ou de forma informal, havendo assim uma interação com o intuito de influenciar, pressionar ou manipular as decisões do paciente. No entanto continua a ser considerado persuasão o tratamento impessoal e ameaça durante o tratamento compulsivo. Ambas as formas de coerção infringem um conjunto de direitos e princípios éticos. Por vezes não é claro a distinção e os limites entre estes dois tipos de coerção, fortalecendo assim a probabilidade de usar medidas coercivas (Chieze et al., 2021). Os fatores culturais têm um papel fundamental na perceção do significado da coerção na saúde mental.

Segundo Chieze et al. (2021), a perspectiva de autonomia é algo complexo e diversificado, levando a diversas interpretações, que podem levar à desvalorização das medidas coercivas. A autonomia pode também ser interpretada como uma possibilidade de fazer escolhas. É consensual entre profissionais que em circunstâncias excecionais as medidas coercivas são aplicadas de modo a atingir outros valores e objetivos mais importantes, sendo imperativo considerar o peso ético perante a situação. As medidas coercivas são aplicadas em diversos sectores da saúde, sendo muito frequente na saúde mental.

É unânime na bibliografia, que existe conflitos entre manter a autonomia do utente e a segurança, sendo por vezes uma linha ténue e facilmente ultrapassada. Em alguns casos as medidas coercivas são as únicas medidas preventivas de perigo agudo, apesar dos sentimentos negativos para o utente, tais como, o trauma psicológico e possíveis lesões físicas. As taxas de aplicação de coerção variam entre os países, hospitais e unidades. De acordo com as leis da Saúde Mental na Alemanha, os hospitais psiquiátricos, obrigatoriamente têm de admitir utentes que não apresentem capacidade para tomarem decisões por si próprios e que constituam um perigo para si próprios e ou para terceiros, independentemente de ser contra a vontade do utente, sendo a decisão de internamento involuntária exclusiva do juiz, procedida de requerimento judicial (Hirsch & Steinert, 2019).

Existem diversos instrumentos de avaliação validadas, tais como, Brøset Violence Checklist que prevê o risco de forma efetiva na redução da medida coerciva associada ao isolamento. Sendo que a avaliação e registo mais detalhado incluindo a especificidade do utente, avisando sobre sintomatologia e intervenções úteis na situação, poderá levar a maior passagem de informação e diminuição da aplicação das medidas coercivas (Hirsch e Steinert, 2019).

Existem diversos tipos de coerção, como por exemplo, o isolamento, tratamento involuntário, contenção mecânica, isolamento, rede de cama e cama gaiola.

Alguns países da Europa Central e do Leste, incluindo a República Checa tinha um historial de tratar as pessoas com doença mental em hospitais psiquiátricos, no entanto uma parte da população com patologia mental não é submetida a internamento, permanecendo em isolamento nas suas próprias casas. A falta de apoio dos serviços comunitários e / ou desejo familiar de evitar possíveis internamentos evitando assim vergonha familiar, levam á falta de acompanhamento dos sistemas de saúde a estes utentes (Vann e Šiška, 2006). Em 2013 na República Checa a utilização de medidas coercivas persistia com a utilização de camas gaiolas, sendo substituída em alguns hospitais, para serem utilizadas imobilização com fitas, isolamento e contenção química (Hauksson, 2014).

Em Espanha foi efetuado um estudo relacionado com o impacto nos profissionais de saúde que utilizam a restrição mecânica de uma forma direta ou indireta em diversos serviços de psiquiatria, tendo contado com a participação anónima de 225 profissionais de diversos hospitais e serviços, do qual obtiveram resultados, que vai de encontro com o impacto desta medida coerciva. Neste estudo, 21,33% dos participantes referem que esta medida é necessária para proteção de terceiros em situações consideradas perigosas, no

entanto 13,30% dos profissionais não concordam com a aplicação desta medida independentemente da situação. A maioria dos participantes reforça o impacto negativo que ocorre na relação terapêutica, profissional/utente, incluindo a perda de dignidade por parte do utente, defendendo também a diminuição do cuidado de enfermagem e atenção prestada ao utente contido. Os enfermeiros que receberam formação relacionada com a prevenção da aplicação das contenções reportam pouco interesse na aplicação destas medidas (Aguilera-Serrano et al., 2023), reforçando assim necessidade de formação, treino e conhecimento sobre medidas alternativas.

Em 2011 a DGS apresentou atualização da Norma de atuação em situações de comportamento agressivo, descrevendo quatro tipos de medidas coercivas (contenção terapêutica): contenção ambiental, sendo um recurso alternativo para controlar a mobilidade do doente, usando uma sala de confinamento, um espaço fechado ou limitado onde o utente permanece a deambular em segurança, com supervisão clínica, por um período de tempo; contenção física estando associada a um momento em que um ou mais profissionais imobilizam o utente de modo a deslocar ou bloquear o seu movimento impedindo a sua exposição a uma situação de risco; a contenção mecânica quando aplicada através da utilização de equipamentos (fitas) que restringem os movimentos do doente; a contenção química ou farmacológica aplicada através da administração de medicação psicoativa, com o objetivo de inibir o movimento ou comportamento (DGS, 2011; DGS, 2007).

Segundo Aluh et al. (2024b) Portugal apresenta vários pactos relacionados com os direitos humanos na saúde mental, estando regulamentado na lei portuguesa a admissão e tratamento involuntário como último recurso tendo em conta o melhor interesse da pessoa. Os cuidados devem ser prestados num ambiente menos restritivo e com o mínimo de coerção, sendo fundamental avaliar esta experiência nos utentes que a recebem.

Foi elaborado um estudo com 208 utentes em cinco unidades de saúde mental de Lisboa, Porto e Alentejo entre fevereiro 2022 a maio 2023, com o objetivo de avaliar o impacto nos internamentos involuntários e segundo os resultados obtidos cerca de um terço da amostra, correspondente a 49 utentes, que foram submetidos a internamento involuntário. No entanto, uma amostra de 61 utentes, que corresponde a mais de um terço da população, refere que considera o seu internamento involuntário, havendo uma percepção de coerção superior nos utentes que não obtiveram internamento involuntário. Foram utilizados instrumentos de medição validados para Portugal tal como, McArthur

Admission Experience Survey–AES, Global Assessment of Functioning (GAF) e Visual Analogue Scale (VAS) (Aluh et al., 2024b).

Segundo Figueiredo (2021) relativamente aos cuidados de saúde mental, observa-se que Portugal, evoluiu na diminuição das medidas coercivas, havendo a redução ou mesmo o cessamento de várias técnicas que caíram em desuso há vários anos, como da aplicação de janelas gradeadas, hidroterapia, malarioterapia, choque insulínico entre outros. Com o passar dos anos, foram modernizados e dignificados os tratamentos, procurou-se centralizar o tratamento na comunidade, reduzindo os internamentos, incorporando a temática na criação de políticas de saúde mental, mudando aspetos fundamentais.

O fato dos utentes terem todas as informações necessárias sobre o seu tratamento, melhora a capacidade da tomada de decisão pelos mesmos. Aluh et al. (2023), também defende a importância da inclusão dos utentes no processo da tomada de decisão e de expressar as suas opiniões durante a admissão, dando-lhes uma capacitação no envolvimento dos seus planos de tratamento levando a abordagens mais colaborantes e adaptadas às necessidades.

Em Portugal não foram encontrados estudos sobre a prevalência de medidas coercivas nos utentes com doença mental.

### **1.5. Estratégias alternativas às medidas coercivas/ modelos**

Ao longo dos tempos observamos a preocupação com medidas coercivas e a evolução das medidas aplicadas. Nos Estados Unidos e países escandinavos usam-se contenções mecânicas com tiras e imãs, sendo usado frequentemente em utentes com distress ou em risco por agravamento do estado mental. Os poucos estudos efetuados na área, sugerem que as medidas coercivas, provocam trauma e podem impedir o utente de querer novos tratamentos. Várias intervenções de redução do uso da coerção mostraram-se promissoras, apesar da necessidade de mais estudos e evidências na área (Molodynski et al., 2016).

Um artigo de revisão sobre isolamento e contenção descreve como tem sido referido um conflito entre a autonomia e a segurança de terceiros. Em 1990 nos Estados Unidos da América, um utente que se encontrava em contenção como consequência da aplicação desta intervenção morreu. Após esse incidente desenvolveu-se uma investigação onde foram identificadas mais 142 mortes de utentes que se encontravam em contenção e isolamento. Vários estudos demonstram sete categorias de intervenção, tais como treino

dos profissionais, organização, ambiente, redução risco, debriefing, psicoterapia e diretrizes antecipadas de vontade (Hirschm & Steinert, 2019).

Segundo um documento elaborado pela Mental Health Europe em 2017, onde reúne a informação sobre as medidas coercivas aplicadas (tratamento involuntário ou forçado, contenção mecânica e isolamento) e o registo das mesmas, demonstra terem sido observado exemplos positivos em alguns países. Este revelou que um número relativo de países apenas regista parcialmente o número de medidas coercivas aplicadas e os tratamentos involuntários. Os países (Inglaterra, Escócia, Irlanda, Bélgica, França e Holanda) com maior número de internamentos involuntários estão associados a registo mais viáveis e confiáveis. No entanto a Áustria e a Suíça que apresentam um número estável de registos desde 2010 e a Finlândia e Alemanha que apresentam programas de redução das medidas coercivas na saúde mental (Mental Health Europe, 2019).

Em alguns países, tais como na França, Escócia e Malta, houve uma aposta nos tratamentos involuntários na comunidade, ou em centros de tratamento comunitário como são referidos, tendo como abordagem, os utentes receberem os seus tratamentos inseridos na comunidade. Nos utentes inseridos na psiquiatria forense, a base destes tratamentos são uma forma de diminuir os internamentos em instituições psiquiátricas, referindo que os utentes são sujeitos a testes de álcool e drogas de caráter obrigatório para poderem permanecer no tratamento na comunidade (Mental Health Europe, 2019).

O ministro da saúde dinamarquês em 2014, impôs uma condição, cujo objetivo era que até 2020 teria de haver uma redução de 50% das restrições mecânicas, tendo sido implementados cursos de técnicas e resolução de problemas à equipa de saúde, atividades de lazer aos membros das alas psiquiátricas e alterações da arquitetura das estruturas do hospital. Como resultado em 2017, foram observados uma diminuição de pelo menos 100 dias onde os utentes ficaram livres de contenção mecânica, não havendo registo do aumento do uso da medicação (Mental Health Europe, 2019).

Em 2016 o departamento de serviços de saúde mental do governo israelita lançou uma iniciativa nacional para redução das medidas coercivas, onde foram envolvidos diversas organizações (organização de famílias e direitos humanos) tendo desenvolvido programas semelhantes aos da Dinamarca, acrescentando regulamentos de isolamento e restrição com monitorização do cumprimento desses regulamentos, monitorização semestral dos registos de contenção efetuados pela enfermagem, tendo sido documentado uma redução de 76% das restrições e isolamento nos utentes (Mental Health Europe, 2019).

Na Holanda foi criado um projeto para redução do isolamento e do número de internamentos na saúde mental, sendo criado em 2013 unidades de cuidados de alta intensidade (HIC) com a contribuição de equipas multidisciplinares de especialistas holandeses, sendo incluído familiares de pessoas portadoras de SM e utentes. A administração nestas unidades tem como foco centrar-se no prevenir os momentos de crise e escalção. No hospital Norueguês Lovisenberg Diakonale utilizou-se as mesmas medidas, e após a implementação do projeto foi registado uma redução de 85 % na utilização de restrição mecânica (Mental Health Europe, 2019).

Em 2012 o hospital regional de Málaga adotou o programa das *Six Core Strategies* que serão referidas com maior pormenor no capítulo seguinte, e que foram aplicadas com sucesso nos USA, Canadá e Austrália, UK e Finlândia (Mental Health Europe, 2019).

O comité dos direitos humanos de Västra Götaland, na Suécia, elaborou um projeto piloto no período compreendido entre 2012 a 2015, para doentes com psicose, envolvendo treinos a nível organizacionais, incluindo o concelho diretivo, profissionais do hospital e peritos na área dos direitos humanos. A Avaliação do projeto demonstrou uma grande redução do uso de restrições, menos administração da terapêutica injetável, utentes com aumento da satisfação, profissionais mais motivados para o trabalho e aumento do empoderamento. Em 2005 na Suíça foi realizado um projeto para redução de contenção mecânica através da monitorização destas medidas, num hospital que dispunha de 140 camas na ala de agudos. Implementaram as medidas idênticas aos outros países já supra referenciados, observando-se uma redução de 50% ao longo dos anos. (Mental Health Europe, 2019).

No Reino Unido o *‘No Force First’* foi uma iniciativa utilizada para mudança cultural da contenção à recuperação, com a política de criar ambientes livres de coerção. Também aqui através de programas de treino, colaboração entre utentes e profissionais na criação de enfermarias focadas na recuperação, desenvolvimento de literacia para redução das agressões, autoagressões e intervenção física, aprofundamento do conhecimento, trabalho produtivo, registo da data das contenções e análise imediata após o incidente (Mental Health Europe, 2019).

Na Finlândia foi adotado um modelo de diálogo aberto, para os utentes portadores de psicose aguda e onde as decisões sobre os cuidados prestados são tomadas em conjunto com a pessoa com doença mental e as suas redes de apoio. O modelo foi desenvolvido

como alternativa à hospitalização, sendo assim um suporte fundamental aos utentes na comunidade (Mental Health Europe, 2019).

Podemos observar que inúmeros países desenvolveram projetos com resultados positivos na redução das medidas coercivas. Podemos sentir esperança em melhorar os nossos sistemas de saúde em prol da evolução dos tratamentos na saúde mental.

Diversos estudos usam sete categorias de intervenção, tais como, o treino dos profissionais, organização, avaliação de risco, ambiente, debriefing, psicoterapia e diretrizes avançadas. Inúmeros estudos reforçam a importância de dotar a equipa para situações de conflito, agressão e de-escalação, de forma a melhorar a intervenção em situações de violência, agressão (Hirsch & Steinert, 2019).

Foram desenvolvidos diversos modelos e escalas de modo a contribuir para a redução das medidas coercivas nos utentes portadores de doença mental, havendo a envolvimento da equipa multidisciplinar e chefias das organizações nos modelos desenvolvidos.

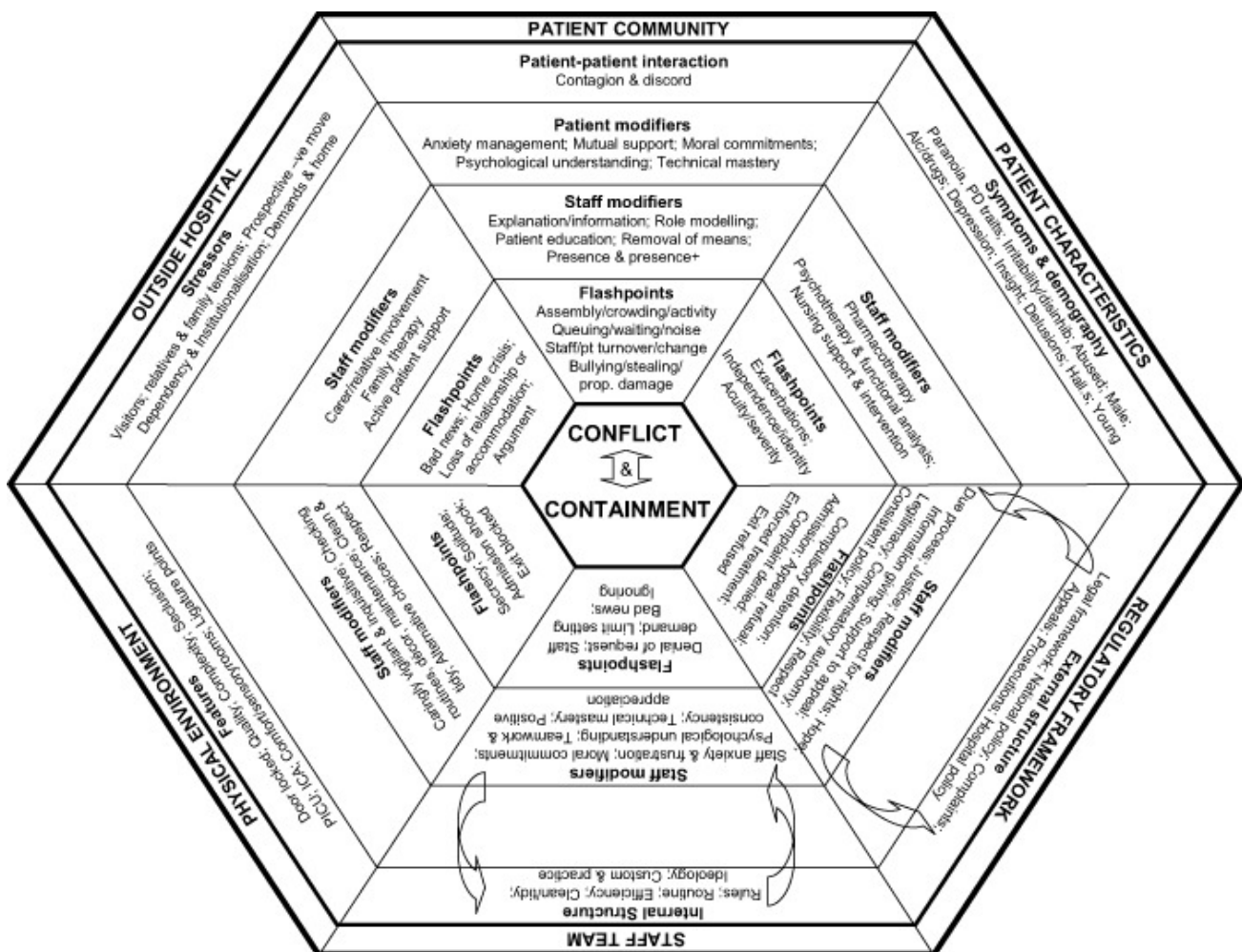
Existe um modelo que em diversos contextos tem mostrado utilidade na redução das medidas coercivas. As *Safewards*, são um modelo de melhoria, prevenção e redução dos conflitos entre utentes e profissionais de saúde que aplicam medidas coercivas. O modelo integra múltiplas intervenções de modo a assistir os profissionais na compreensão do fenómeno. A sua complexidade das intervenções multifacetadas pode originar dificuldades e barreiras na compreensão e implementação do modelo (Ward-Stockham et al., 2024).

O modelo baseia-se em intervenções num ambiente terapêutico seguro, seguindo os seis domínios, baseados na comunidade onde o utente se insere, características do paciente, regulamentação, equipa multidisciplinar, ambiente físico e ambiente hospitalar externo. Os modificadores associados aos utentes, refletem o que os utentes podem fazer em conjunto influenciando desta forma o modo como os 6 domínios interagem para prevenção do conflito e contenção de eventos. Os profissionais de saúde têm o poder de reduzir ou conter o risco de conflito. A contenção e os conflitos estão no centro do modelo sendo assim o alvo. Os domínios de origem, tais como, as unidades psiquiátricas específicas onde existe separação das residências/ unidades normais, com cuidados 24h por dia, nos 7 dias da semana, apresentam uma coerção voluntária e legal que pode influenciar a frequência ou contenção do conflito. Os modificadores de utentes são a forma como os utentes respondem e reagem entre ele, e que tem a capacidade de influenciar a frequência do conflito ou a contenção do mesmo, sendo suscetível a influência da equipa, o registo de

todas as coisas que a equipa efetua de forma a reduzir ou minimizar o conflito, tais como administração de medicação, observação, isolamento. Por fim temos os aspetos sociais ou psicológicos que surgem das características dos domínios sinalizados como comportamentos de conflito (Bowers, 2014).

O modelo das safeguards na sua totalidade, como indicado na Figura 1, refere-se à contenção de conflito nos domínios da comunidade em que o utente está inserido, tendo em conta a interação entre utentes, onde por vezes copiam comportamentos de risco, ou por comportamentos de ansiedade e incerteza.

Figura 1 – Modelo Safewards



(Bowers, 2014)

É fundamental a forma como os profissionais gerem o comportamento e demonstram o seu apoio e informação, a boa relação entre profissionais e utentes facilita a intervenção e a redução do conflito numa fase inicial. Outro aspeto fundamental a ter em consideração na origem do conflito são as características do utente, tendo em conta os seus sintomas, patologia, estado mental e personalidade. Relativamente ao domínio da equipa,

são estes elementos que compõem as orientações e rotinas que os utentes seguem. As características dos profissionais, tais como a ansiedade, frustração e outros sentimentos em lidar com comportamento disruptivo dos utentes, afeta toda a estrutura. Sendo fundamental o compromisso, honestidade, equidade, não julgamento, humanidade e conhecimento na área psicológica baseando as decisões nas evidências. O trabalho em equipa e o apoio mútuo facilita a gestão de situações de stress e melhor prestação de cuidados. O domínio da gestão do ambiente físico, unidades com estruturas, adequadas, seguras e com qualidade ajuda na contenção do conflito, sendo fundamental a manutenção desse ambiente (decoração, mobília, respeito pelos materiais tanto pelos utentes como pelos profissionais). No modelo é referido também a segurança e supervisão dos espaços, de forma a minimizar o risco de bullying e suicídio. Um dos fatores promotores de stress nos utentes e profissionais são fatores externos ao meio hospitalar, tais como momentos hostis com familiares e amigos que pode levar a distress e comportamentos conflituosos, pois alguns relacionamentos utente /família/grupos/ pares pode ser tóxico e trazer consequências para o tratamento do utente, sendo necessário por parte dos profissionais assegurar um contato seguro e menos stressante. Concluindo este modelo explica as diferenças entre o conflito e a contenção do conflito, descrevendo novos domínios de modo a promover conhecimento e redução da aplicação das medidas coercivas (Bowers, 2014).

As intervenções do modelo das Safewards têm em conta as expectativas, discurso calmo, positivo e assertivo, os métodos de relaxamento, a migração de más notícias, encontros de autoajuda, os métodos de controlo de impulsos e as mensagens claras e calmas. Deste modo o foco da equipa de enfermagem será no desafio e na mudança de hábitos e comportamentos, promovendo relações terapêuticas de maior confiança e segurança (Lee et al., 2021).

Outro programa relevante para a gestão da implementação de medidas coercivas, é o modelo *Six Core Strategies* que tem como objetivo reduzir o uso de exclusão e contenção dos utentes em unidades de saúde mental e psiquiatria. Neste programa a primeira estratégia é envolver diretamente a administração com as equipas de contato direto nos cuidados, revendo procedimentos e políticas que possam potenciar conflitos. A segunda estratégia baseia-se na colheita de informação, nomeadamente unidade, turno, dia elementos da equipa e motivo, para identificar a linha de base da utilização de exclusão e restrição (sendo necessário posteriormente definir metas de melhoria). A terceira estratégia baseia-se na criação de um ambiente onde os procedimentos se fundamentam no princípio da recuperação. A quarta estratégia utiliza uma variedade de ferramentas de avaliação

integradas nas políticas da saúde e procedimentos para um tratamento individualizado. A quinta estratégia envolve a inclusão total de todos os envolventes em vários papéis a nível organizacional para redução da exclusão e contenção. Por último, a sexta estratégia recorre ao conhecimento adquirido e *debriefing*, numa perspetiva de mitigar os efeitos adversos dos eventos em questão (Huckshorn, 2020).

A literatura apresenta vários programas para redução de medidas coercivas, no entanto, Lantta et al. (2023) refere existirem problemas associados à implementação dos programas na saúde mental, e apesar das evidências os programas para redução da coerção, não estão a ser adotados na prática, devido a outros fatores, tais como, falta de recursos, a não aceitação dos resultados ou a falta de eficácia dos mesmos. A importância da continuidade da investigação na área é a da promoção e adaptação dos modelos, teorias e estruturas, havendo assim um crescimento e aumento da compreensão no papel da ciência na redução das medidas coercivas, direcionando novos caminhos futuros.

No capítulo seguinte apresentamos a metodologia e os dados recolhidos do estudo.

## **2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **2.1. Desenho de estudo**

Foi realizado um estudo retrospectivo, do tipo observacional e descritivo, com recurso à análise documental, que abrangeu os processos clínicos (tanto em formato físico quanto digital) sobre aplicação de medidas coercivas formais (contenção mecânica e isolamento ambiental) numa unidade de psiquiatria de agudos para pessoas adultas (sexo masculino) durante o ano de 2023, entre 1 janeiro e 31 de dezembro.

### **2.2. Amostra**

A amostra utilizada no presente estudo corresponde aos 171 processos clínicos dos utentes internados numa unidade de psiquiatria de agudos que foram submetidos às medidas coercivas em análise. Estes 171 utentes contabilizaram um total de 407 entradas de medidas coercivas.

Para especificar as características da amostra, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Processos clínicos de utentes internados no ano 2023 que foram submetidos a pelo menos uma das medidas coercivas: contenção mecânica e isolamento ambiental

Os critérios de exclusão incluíram:

- Processos clínicos de utentes internados no ano 2023 em modalidade de psiquiatria forense

### **2.3. Objetivos**

Previamente à definição de objetivos, formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual é a prática de medidas coercivas, especificamente a contenção mecânica e o isolamento ambiental, numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos?

Partindo desta questão, definiu-se o objetivo principal do estudo:

- Identificar a prática de medidas coercivas, especificamente a contenção mecânica e o isolamento ambiental, numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos

Como objetivos específicos:

- Delinear um perfil dos utentes submetidos a contenção mecânica ou isolamento ambiental, numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos
- Analisar as diferentes características da contenção mecânica ou isolamento ambiental utilizados numa unidade de psiquiatria de agudos para adultos

## 2.4. Variáveis do estudo

De acordo com o âmbito do estudo, foram delineadas as características sociodemográficas e clínicas dos utentes submetidos a contenção mecânica ou isolamento ambiental, como variáveis independentes:

- Grupo Etário
- Género
- Estado Civil
- Nacionalidade
- Habilitações Literárias
- Coabitação
- Situação Profissional
- Número de Medidas Coercivas durante o internamento
- Diagnóstico Médico (CID 11)

Como variáveis dependentes foram definidas a contenção mecânica ou isolamento ambiental.

A contenção mecânica foi definida neste estudo como: *“qualquer dispositivo mecânico, material ou equipamento, como cintos, que imobilizem ou reduzam a capacidade de um utente se movimentar livremente”* (Fostren, 2023).

E o isolamento ambiental como: “*Segregação involuntária de um utente em um quarto especialmente projetado para garantir a segurança, que frequentemente é mobiliado de maneira minimalista. Neste ambiente, a pessoa é transferida para uma área isolada da unidade, onde é mantida sob tranca ou impedida de sair. As medidas de segurança do quarto podem incluir, por exemplo, a remoção de objetos potencialmente perigosos*” (Fostren, 2023).

Estas variáveis foram operacionalizadas com base nos seguintes itens:

- **Motivo das Medida Coerciva Aplicada**

- Comportamento desorganizado
- Risco Fuga
- Comportamento agressivo
- Agitação psicomotora
- Agressividade Física para terceiros
- Vigilância comportamento
- Instabilidade psíquica
- Auto-agressividade
- Estado confusional
- Agressividade Verbal para terceiros
- Recusa terapêutica
- Recusa alimentar
- Mais que que 2 motivos
- Outro motivo
- Sem informação

- **Duração da Medida Coerciva Aplicada por Episódio**

- 1 turno
- 2 turnos
- 3 turnos
- 4 turnos
- 5 turnos
- 6 turnos
- 7 e 11 turnos
- $\geq 12$  turnos
- Sem informação

- **Caracterização da Amostra por Mês da Medida Coerciva Aplicada**

- **Dados do Internamento Aquando da Medida Coerciva**

- Tipo internamento
  - Voluntário
  - Involuntário
  - Sem informação
- Internamento
  - 1º internamento
  - 2º internamentos
  - 3º internamentos
  - 4º - 9º internamentos
  - ≥10º internamentos
- Duração do internamento
  - [1-11[ Dias
  - [11-21[ Dias
  - [21-31[ Dias
  - [31-41[ Dias
  - [41-51[ Dias
  - [51-61[Dias
  - [61-71[ Dias
  - [71-81[Dias
  - [81-91[ Dias
  - ≥91 Dias
  - Sem informação
- Episódios anteriores medidas coercivas
  - Sim, neste internamento
  - Sim neste internamento e outro anterior

- **Duração e Vigilância Registada das Medidas Coercivas**

- Início medida Coerciva
  - 1º dia internamento
  - 2º-5º dia internamento
  - 6º-10º dia internamento
  - ≥11º dia internamento
  - Sem informação

- Turno início medida coerciva
  - Manhã
  - Tarde
  - Noite
  - Sem informação
- Hora início
- Turno fim medida coerciva
  - Manhã
  - Tarde
  - Noite
  - Sem informação
- Hora fim
- Complicações após implementação medidas
  - Sem complicações
  - outras
- **Registos Efetuados sobre as Medidas Coercivas Aplicadas**
  - Categoria que iniciou medida coerciva
    - Enfermeiro cuidados gerias
    - EESMP
    - Medico psiquiatra
    - Assistente operacional
    - Sem informação
  - Categoria que terminou medida coerciva
    - Enfermeiro cuidados gerias
    - EESMP
    - Medico psiquiatra
    - Assistente operacional
    - Sem informação
  - Registo de Enfermagem sobre medidas coercivas
    - Sim
    - Não
  - Tipologia do registo Enfermagem
    - Notas Enfermagem
    - Plano cuidados

- outro
- Informação psiquiatra assistente
  - Sim
  - Não
  - Sem informação
- Registos do psiquiatra no diário clínico
  - Sim
  - Sem registo
- Reavaliação médica
  - Sim
  - Sem registo
- Registo Debriefing
  - Sim
  - Não
  - Sem informação

## **2.5. Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de recolha de dados (ICD) foi elaborado pelos autores deste estudo com base na revisão da literatura realizada, e em conformidade com as variáveis do estudo, sendo contruído de modo a permitir uma colheita de dados com características observáveis e mensuráveis (Anexo I).

Este instrumento foi usado na recolha de dados existentes ao longo da consulta dos processos clínicos do utente, não sendo efetuado contato com o utente em análise ou profissionais de saúde da unidade em estudo.

A primeira secção do instrumento tem por base analisar os dados sociodemográficos centrando-se na idade, nacionalidade, coabitação, habilitações literárias, situação profissional e estado civil. Como segunda secção para a avaliar as informações incluídas nos registos temos os dados do internamento, tais como, mês do internamento, número de internamentos, diagnóstico médico, tipo de internamento. Nas questões direcionadas diretamente com as medidas coercivas aplicadas foram registados dados relacionados com o tipo e motivo da medida coerciva, data, hora e turno da sua aplicação, incluindo a duração da medida, categoria profissional a aplicar a medida coerciva, presença de medidas coercivas anteriores, informação ao médico assistente, relativamente aos registos observou-se a tipologia do registo, frequência do registo,

informação ao psiquiatra e registo do mesmo em diário clínico, tal como a sua reavaliação e realização de *Debriefing*.

O ICD foi validado por 4 peritos, todos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica, com experiência de internamento de agudos com mais de cinco anos. Apenas foram sugeridas ligeiras alterações na elaboração de alguns itens, melhorando a sua clareza.

## **2.6. Colheita de dados**

No período compreendido entre 1 de abril e 1 de julho de 2024, foi realizada a colheita de dados. Os dados foram colhidos no sistema informático “Glintt” e, quando pertinente, também foram extraídos dos processos clínicos em formato físico (papel). Os dados foram colhidos pelo investigador principal, com uma senha de acesso para o efeito, fornecida pelos serviços informáticos da instituição. Todos os dados foram colhidos com recurso a um computador e introduzidos no *software Microsoft Excel* versão 16 para o *Microsoft 365*.

## **2.7. Tratamento de dados**

Para o tratamento e análise dos dados, foi utilizado o *Microsoft Excel* versão 16 para o *Microsoft 365*. A análise estatística dos dados colhidos no âmbito da investigação incluiu uma análise descritiva simples, que abrangeu a frequência relativa e absoluta, além de medidas de tendência central, como média, moda e mediana, e a medida de dispersão representada pelo desvio padrão.

## **2.8. Procedimento éticos**

O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição onde foi realizado, com o número SJD-O-34-2024 (Apêndice I). Foram consideradas todas as orientações recomendadas durante o processo de colheita e análise dos dados, de forma salvaguardar todos os princípios éticos inerentes ao estudo.

Em conformidade com os princípios de confidencialidade e anonimato, ao longo da colheita dos dados, procedeu-se à codificação dos utentes, tendo sido atribuído um número de identificação iniciando-se no número 1. Foram adotadas medidas rigorosas para garantir que nenhum registo incluísse informações que pudessem identificar diretamente os utentes.

Os dados colhidos foram tratados de forma confidencial através da proteção em documento Excel com password de alta segurança, sendo destruída após o término do estudo.

Apenas o investigador principal teve acesso aos processos clínicos e aos dados completos. O orientador principal do estudo colaborou na quantificação dos dados pertinentes para o estudo, garantindo que o tratamento e a análise das informações fossem conduzidos de acordo com os padrões éticos e científicos exigidos.

No capítulo seguinte apresentamos análise dos resultados do estudo.

### **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados do estudo de acordo com os objetivos e variáveis definidas na metodologia. Previamente, será apresentada uma caracterização do contexto no qual a investigação foi realizada, com a inclusão de dados fornecidos pela Gestora da Qualidade da Instituição e pelo Enfermeiro Coordenador da unidade.

#### **3.1. Caraterização do contexto**

O estudo foi desenvolvido numa unidade de psiquiatria de agudos para pessoas adultas, do género masculino, sediada em Portugal. A equipa multidisciplinar é constituída por 10 enfermeiros (3 EEESMP), 11 assistentes operacionais, 6 médicos psiquiatras, 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 monitora. No que diz respeito ao rácio de enfermeiros por turno, a distribuição média é de 3 enfermeiros no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite.

A unidade comporta 63 camas, e no ano 2023, a taxa de ocupação foi de 100,7 %, sendo que a taxa de internamento obteve um máximo de 125,8% e o mínimo foi de 91,93%. O total de altas de acordo com cada mês variou entre 32 (janeiro) e 54 (setembro) altas, havendo uma média de 42,08% de altas por ano. O total de altas foi de 505, é de salientar que a contagem das altas é o número total e não o número de utentes. Os números de óbitos perfizeram um total de 18 utentes, não estando incluídas na contagem das altas clínicas. Realçamos que cerca de 50% das camas estiveram ocupadas durante o ano de 2023 com utentes com protelamento da alta hospitalar, aguardando uma outra resposta de cuidados de saúde.

No ano de 2023, o total de utentes internados na unidade foi de 563, dos quais 171 foram submetidos às medidas coercitivas objeto deste estudo.

### 3.2. Perfil do utente

Na Tabela 1 está exposto os dados referentes à caracterização sociodemográfica da amostra. O tamanho da amostra é de 171 utentes tendo sido contabilizado o número de utentes e não o número de medidas coercivas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra por utente

Variáveis	n (171)	%
<b>Grupo Etário</b>		
18 a 29 anos	34	19,88%
30 a 39 anos	46	26,90%
40 a 49 anos	33	19,30%
50 a 59 anos	30	17,54%
≥ 60 anos	28	16,38%
<b>Género</b>		
Masculino	171	100,00%
<b>Estado Civil</b>		
Sem informação	80	46,78%
Solteiro	58	33,92%
Casado/união de facto	19	11,11%
Divorciado/separado	14	8,19%
Viúvo	0	0,00%
<b>Nacionalidade</b>		
Português	158	92,40%
Moçambicano	2	1,18%
Alemão	2	1,18%
Venezualano	2	1,18%
Brasileiro	1	0,58%
Colombiano	1	0,58%
Indiano	1	0,58%
Italiano	1	0,58%
Nepalês	1	0,58%
Inglês	1	0,58%
Ucraniano	1	0,58%
<b>Habilitações literárias</b>		
Sem frequência de escola	0	0,00%
Ensino primário incompleto	0	0,00%
Ensino primário completo	2	1,15%
Ensino básico	6	3,50%
Ensino secundário	15	8,75%
Ensino superior	1	0,60%
Sem informação	147	86,00%
<b>Co- habitação</b>		
Com familiares	88	51,46%
Sem informação	37	21,64%
Sozinho	28	16,38%
Sem abrigo	10	5,85%
Instituição	5	2,92%
Com amigos	3	1,75%
<b>Situação profissional</b>		
Sem informação	79	46,20%
Desempregado	40	23,38%
Empregado	25	14,62%
Invalído	15	8,78%
Reformado	7	4,10%
Estudante	5	2,92%

Pela análise da Tabela 1 verifica-se que 46,78% dos utentes submetidos a alguma das medidas coercivas estudadas tem entre 18 e 39 anos de idade, enquanto apenas 16,38% com idades superiores a 60 anos.

Além disso, observou-se que uma proporção significativa da amostra, aproximadamente 46,78%, não possui registo de seu estado civil. De entre os que têm essa informação, 33,92% são utentes solteiros e 8,19% estão divorciados ou separados.

A nacionalidade portuguesa destaca-se, representando 92,40% da população. Assim como no que diz respeito ao estado civil, a categoria de solteiro corresponde a 33,92% da população em estudo, a maioria da amostra não teve suas habilitações literárias devidamente apuradas, uma vez que esses dados sociodemográficos nem sempre são questionados ou registados durante a avaliação inicial do utente. Nesse contexto, 86% dos utentes não possuem informações sobre suas habilitações, enquanto apenas 8,75% concluíram o ensino secundário.

Relativamente à coabitação 51,46% vive com a família, 5,85% vive na condição de pessoa sem-abrigo e 2,92% vivem institucionalizados.

Observa-se que uma proporção significativa da amostra não possui informações sobre a situação profissional. Dentre os dados disponíveis, 23,38% dos utentes estão desempregados, enquanto 2,92% encontram-se em fase de estudos superiores.

Na Tabela 2 está exposto o número de medidas coercivas aplicadas por utente, registadas durante o ano de 2023. Realçamos que existem utentes com múltiplos internamentos e vários registos de entradas de contenção mecânica ou ambiental durante o mesmo internamento.

Tabela 2 - Caracterização do número de medidas coerciva utilizadas por internamento por utente

Número de medidas coercivas	n (171)	%
1	86	52,70%
2	36	20,35%
3	16	7,52%
4	10	6,96%
5	8	3,98%
6	4	2,28%
7	2	1,11%
8	1	0,76%
9	2	1,22%
10	1	0,75%
11	2	0,46%
12	1	0,84%
14	2	1,07%
<b>Total</b>	<b>171</b>	<b>100,00%</b>

De acordo com a Tabela 2, a amostra apresenta uma variação que vai de uma a quatorze medidas coercivas registadas por utente, observando-se uma redução gradual no número de medidas coerciva por pessoa. A ocorrência mais frequente é a de uma medida coerciva, que representa 52,70% dos casos, seguida por dois registos de medidas coercivas que correspondem a 20,35%.

Na Tabela 3 aborda-se o diagnóstico médico, de acordo com Classificação Internacional das Doenças 11, (CID 11) na amostra dos 171 utentes.

Tabela 3 - Diagnóstico médico dos(por) utentes de acordo com CID 11

Diagnóstico médico por utente	n (171)	%
F10 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso De Álcool	31	18,12%
F19 Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso De Substâncias Psicoativa	28	16,37%
F31 Transtorno Efetivo Bipolar	16	9,36%
F20 Esquizofrenia	14	8,19
F70 Retardo Mental	5	2,92%
F33 Transtorno Depressivo	4	2,34%
F99 Transtorno Mental Ou Comportamento Não Especificado	2	1,17%
Outro diagnóstico	13	7,60%
Sem Informação	58	33,92%
<b>Total</b>	171	100,00%

De acordo com a Tabela 3 observa-se que 34,49% dos utentes apresentou o diagnóstico de Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso De Álcool, ou Uso de Substâncias Psicoativa.

Observamos que 33,92% dos utentes não apresentam diagnóstico registado no processo clínico, o que pode ser atribuído aos primeiros surtos, durante os quais, poderá ser difícil realizar um diagnóstico preciso na primeira abordagem.

Dos 563 utentes internados no ano 2023, 171 foram submetidos a pelo menos uma das medidas coercivas estudadas, resultando de uma prevalência de 30,37% de utentes submetidos a contenção mecânica ou isolamento durante esse ano.

O perfil dos utentes do estudo é composto por homens, com idades entre 18 e 39 anos, de nacionalidade portuguesa, diagnosticados com Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de substâncias (incluindo álcool), que vivem com a família e estão desempregados, sendo submetidos a uma única intervenção coerciva durante o internamento em 2023.

### 3.3. Medidas coercivas

De acordo com a Tabela 4 apresentamos o número total de medidas coercivas registadas, e não o número de utente por medida ou conjunto de medidas coercivas.

Tabela 4 – Motivo e Medida coerciva aplicada

Variável	n (407)	% (100,00)
<b>Medida coerciva aplicada</b>		
Isolamento	267	65,60%
Contenção mecânica	140	34,40%
<b>Administração terapêutica em simultâneo</b>		
Sim	16	3,93%
Não	391	96,07%
<b>Motivo medida coerciva</b>		
Comportamento desorganizado	109	26,78%
Risco Fuga	60	14,99%
Comportamento agressivo	28	6,88%
Agitação psicomotora	16	3,93%
Agressividade Física para terceiros	12	2,95%
Vigilância comportamento	12	2,70%
Instabilidade psíquica	10	2,46%
Autoagressividade	9	2,21%
Estado confusional	6	1,47%
Agressividade Verbal para terceiros	1	0,25%
Recusa terapêutica	0	0 %
Recusa alimentar	0	0 %
Mais que que 2 motivos	11	2,70%
Outro motivo	116	28,50%
Sem informação	17	4,18%

O tamanho da amostra passa para 407 contenções registadas ao longo do ano 2023. Podemos observar na Tabela 4 que, ao longo de 2023, foram registadas 407 medidas coercivas de contenção mecânica ou isolamento. Em termos de medidas coercivas, observamos que o isolamento foi aplicado num maior número de casos, representando 65,60% do total.

Das 407 medidas coercivas registadas, apenas foram contabilizadas 16 administrações terapêuticas em simultâneo. Relativamente ao motivo da medida coerciva validada com os registos de enfermagem e registos do médico psiquiatra, 26,78% corresponde a comportamento desorganizado, seguindo-se de 14,99% risco de fuga. Apenas 4,18% das medidas coercivas registadas não apresentam informação clara de modo a validar o motivo. O motivo definido como outro, está associado a motivos que não se enquadravam nas restantes opções, sendo maioritariamente as seguintes justificações apresentadas em registo clínico, controlo de impulsos, prevenção de acidentes, vigilância, supervisão clínica.

De acordo com a Tabela 5, observa-se a duração da aplicação das medidas coercivas estudadas, definida na unidade de medida “turnos”, pois não foi possível realizar a análise em tempo (horas) devido à falta de dados sobre as horas exatas de início e término das medidas. Cada turno diurno é contabilizado com 8 horas, cada turno noturno são 10h.

Tabela 5 – Duração da medida coerciva aplicada por episódio

Variável	n (407)	%	Mín	Máx	M	DP	Md
<b>Duração da contenção mecânica</b>							
1 turno	5	3,51%					
2 turnos	21	15,00%					
3 turnos	28	20,14%					
4 turnos	16	11,51%					
5 turnos	7	5,04%					
6 turnos	11	7,60%					
7 e 11 turnos	9	6,43%					
≥12 turnos	11	7,91%					
Sem informação	32	22,86%					
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>100%</b>	<b>0,5</b>	<b>66</b>	<b>4,63</b>	<b>3,05</b>	<b>3,53</b>
<b>Duração do isolamento</b>							
1 turno	4	1,49%					
2 turnos	15	5,54%					
3 turnos	19	7,08%					
4 turnos	13	4,86%					
5 turnos	3	1,24%					
6 turnos	17	6,37%					
7-11 turnos	15	5,62%					
≥ 12 turnos	51	19,10%					
Sem informação	130	48,70%					
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>75</b>	<b>9,00</b>	<b>14,12</b>	<b>26,12</b>

**Legenda:** Min: mínimo; Máx; Máximo; M: Média; DP: Desvio Padrão; Md: Mediana

Podemos constatar através da Tabela 5 que, das 407 medidas coercivas registadas, 140 correspondem à contenção mecânica, o que representa 34,40%, enquanto 267 correspondem ao isolamento, totalizando 65,60%.

Relativamente à contenção mecânica, o mínimo de turnos contidos corresponde a meio turno. O período máximo de contenção mecânica é de 66 turnos, com uma média de 4,63(±3,05) e uma mediana de 3,53 turnos, sugere que a metade dos casos de contenção mecânica teve uma duração inferior a esse valor, reforçando que muitas contenções foram relativamente curtas.

Verifica-se que 20,14% das contenções mecânicas ocorreram durante 3 turnos. Além disso, em 22,86% dos casos, não foi possível determinar, por meio das notas de

enfermagem, o início ou término da contenção mecânica, impossibilitando assim a análise em turnos.

Ao analisar a duração do isolamento conforme apresentado na Tabela 5, observa-se que a maioria das medidas de isolamento (48,70%) não possui informações registadas, o que dificulta uma análise mais aprofundada da duração total. Entre os casos registados, destaca-se que a maior parte dos registos corresponde a isolamentos por períodos mais longos: por 12 ou mais (19,33%), indicando que um número significativo de casos requer medidas de isolamento prolongadas.

Em contrapartida, o número de utentes que estiveram isolados por 1 a 6 turnos é consideravelmente menor, com apenas 4 (0,67%) em 1 turno, 15 (5,58%) em 2 turnos, 19 (7,06%) em 3 turnos, e assim por diante, até 3 (1,11%) que estiveram isolados por 5 turnos. A média de turnos de isolamento é de 9,00 ( $\pm 14,12$ ) turnos o que indica uma variação considerável nas durações de isolamento entre os utentes. A mediana de 26,12 sugere que a metade dos casos de isolamento teve uma duração superior a este valor, reforçando a ideia de que muitos utentes estiveram em isolamento por períodos prolongados.

De acordo com a Tabela 6 observa-se o número de medidas coercivas aplicadas por mês ao longo do ano 2023, contabilizando a data de início da medida.

Tabela 6 – Caracterização da medida coerciva aplicada por mês

Mês	n(407)	%	M(dia)	Md(dia)	DP(dia)
Janeiro	39	9,60%	1,35	1,15	1
Fevereiro	20	4,92%	0,71	1,13	0
Março	26	6,40%	0,87	0,91	1
Abril	20	4,92%	0,60	0,88	0
Mai	25	6,15%	0,84	0,99	1
Junho	32	7,87%	1,07	1,21	1
Julho	33	8,12%	1,06	0,98	1
Agosto	55	13,52%	1,77	1,62	1
Setembro	44	10,82%	1,50	1,41	1
Outubro	43	10,57%	1,39	1,21	1
Novembro	29	7,14%	0,97	1,17	1
Dezembro	16	3,92%	0,52	0,66	0
Sem informação	25	6,14%	1,00	1,00	0
<b>Total</b>	<b>407</b>	<b>100%</b>	<b>1,07</b>	<b>1,10</b>	<b>0,69</b>

**Legenda:** M: Média; Md: Mediana; DP: Desvio Padrão.

Observamos na Tabela 6 que o mês de agosto registou a maior utilização de medidas coercivas aplicadas, correspondendo a 13,52% do total. Nesse mês, a média diária foi de 1,77 ( $\pm 1,00$ ). Em seguida, os meses de setembro e outubro apresentaram médias diárias de 1,41 ( $\pm 1,00$ ) e 1,21 ( $\pm 1,00$ ), respetivamente.

O mês com menos medidas coercivas registadas foi dezembro com 3,92%, média diária foi de 0,52 ( $\pm 0,66$ ). Nesta tabela no registo “Sem informação” refere-se às medidas coercivas sem registo de início contenção não sendo possível especificar em que mês se enquadra, pertencendo a 6,14% da amostra.

De acordo com a Tabela 7, os resultados expostos referem-se aos dados do internamento, aquando do início da medida coerciva.

Tabela 7 – Dados do Internamento aquando do início da medida coerciva

Variável	n (407)	%
<b>Tipo internamento</b>		
Voluntário	110	27,01%
Involuntário	289	71,01%
Sem informação	8	1,98%
<b>Internamento</b>		
1º internamento	144	35,38%
2º internamentos	119	29,24%
3º internamentos	39	9,58%
4º - 9º internamentos	96	23,59%
≥10º internamentos	9	2,21%
<b>Duração do internamento</b>		
[1-11[ Dias	66	16,22%
[11-21[ Dias	95	23,34%
[21-31[ Dias	83	20,40%
[31-41[ Dias	45	11,06%
[41-51[ Dias	41	10,06%
[51-61[ Dias	4	0,98%
[61-71[ Dias	23	5,65%
[71-81[ Dias	12	2,95%
[81-91[ Dias	2	0,49%
≥91 Dias	35	8,60%
Sem informação	1	0,25%
<b>Episódios anteriores medidas coercivas</b>		
Sim, neste internamento	272	64,30%
Sim, neste internamento e outro anterior	151	35,70%

Observamos na Tabela 7 que a maioria das medidas coercivas foram utilizadas em utentes que se encontravam em internamento involuntário, representando 71,01% do total. Relativamente aos números de internamentos, 35,38% das medidas coercivas foram aplicadas a utentes que se encontravam no primeiro internamento na instituição, enquanto 29,24% estavam no segundo internamento.

No que diz respeito à aplicação das medidas coercivas, aproximadamente 39,56% dos pacientes encontravam-se entre o 1º e o 20º dia de internamento.

Verificou-se ainda que, 64,30% das medidas aplicadas correspondiam a utentes que apenas foram submetidos a medidas coercivas neste internamento.

De acordo com a Tabela 8, observa-se a duração das medidas coercivas, incluindo informações sobre o dia do internamento em que foram iniciadas, os turnos e horários de início e termino. Além disso, a tabela apresenta se ocorreu vigilância durante esse período, as medidas de suporte registadas e quais foram as complicações que surgiram após a implementação da medida.

Tabela 8 – Duração e vigilância registada das medidas coercivas

Variáveis	n(407)	%
<b>Início medida Coerciva</b>		
1º dia internamento	144	35,38%
2º-5º dia internamento	141	34,64%
6º-10º dia internamento	34	8,35%
≥11º dia internamento	73	17,94%
Sem informação	15	3,69%
<b>Turno início medida coerciva</b>		
Manhã	135	33,17%
Tarde	139	34,15%
Noite	108	26,54%
Sem informação	25	6,14%
<b>Hora início</b>		
13h	1	0,25%
Sem informação	406	99,75%
<b>Turno fim medida coerciva</b>		
Manha	126	30,96%
Tarde	82	20,15%
Noite	56	13,76%
Sem informação	142	34,88%
Iniciou 2024 em contenção	1	0,25%
<b>Hora fim</b>		
Sem informação	407	100%
<b>Complicações após implementação medidas</b>		
Sem complicações	407	100%

Observa-se na Tabela 8, que 70,02% das medidas coercivas foram iniciadas entre 1º e o 5º dia de internamento. Cerca de 21,63% das medidas tiveram início entre o 6º e 11º dia de internamento.

Não se constata alterações significativas em relação ao turno o início da medida coerciva, sendo que 33,17 % foram iniciadas no turno da manhã, 34,15 % no turno da tarde e 26,04% no turno da noite.

O fim da aplicação da medida coerciva, ocorre predominantemente no turno da manhã, (30,96%) dos casos. Além disso, sendo que 34,99% dos registos não foram efetuados, apresentaram informações ambíguas quanto ao término das medidas coercivas aplicadas. A apuração da hora exata do término não foi viável, pois nos processos clínicos não constava esse registo preciso, sendo apenas referido o turno.

De acordo com a Tabela 9, observa-se os dados referentes à categoria profissional do técnico que tomou a decisão de início e término da aplicação da medida coerciva. Também é apresentada a frequência de registos, informação ao médico assistente, reavaliação médica e uso de *debriefing* após medida coerciva.

Tabela 9 – Registos efetuados sobre as medidas coercivas aplicadas

Variáveis	n(407)	%
<b>Categoria Profissional que iniciou medida coerciva</b>		
Enfermeiro de Cuidados Gerais	326	80,10%
EEESMP	64	15,72%
Médico Psiquiatra	0	0,00%
Assistente Operacional	0	0,00%
Sem informação	17	4,18%
<b>Categoria Profissional que terminou medida coerciva</b>		
Enfermeiro de Cuidados Gerais	248	60,93%
EEESMP	40	9,83%
Médico Psiquiatra	0	0,00%
Assistente Operacional	0	0,00%
Sem informação	119	29,24%
<b>Tipologia do registo Enfermagem</b>		
Notas Enfermagem	407	100%
Plano cuidados	0	0,00%
<b>Informação ao Psiquiatra assistente</b>		
Sim	61	14,99%
Sem registo	346	85,01%
<b>Registos do psiquiatra no diário clínico</b>		
Sim	69	16,95%
Não	338	83,05%
<b>Reavaliação médica durante a medida</b>		
Sim	50	12,29%
Não	357	87,71%
<b>Registo Debriefing</b>		
Sim	0	
Não	407	100%

Cerca de 80,10% dos profissionais que iniciam as medidas coercivas foram os Enfermeiros de Cuidados Gerais, conforme apresentado na Tabela 9. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica representam 15,72%, enquanto 4,18% pertencem a um grupo em que não foi possível identificar quem aplicou inicialmente a medida coerciva.

Relativamente ao profissional que deu por concluída a medida coerciva aplicada, verifica-se que 60,93% foram os Enfermeiros de Cuidados Gerias, sendo 9,83% por EEESMP, destacando que 29,24% por ausência de registos clínicos, não foi possível determinar a categoria profissional que terminou medida coerciva

Constata-se que, das 407 entradas de medidas coercivas com registos de Enfermagem, não foram observados plano de cuidados documentados, sendo os registos

efetuados através de notas de enfermagem em processo informático. Quanto à informação dada ao psiquiatra assistente, apenas 14,99% dos casos apresentavam registos da comunicação da medida coerciva, enquanto 85,01% das entradas não contêm informações sobre a comunicação da ocorrência.

No que diz respeito aos registos do psiquiatra no diário clínico, apenas 16,95% confirma-se a presença de registos em diário clínico, enquanto uma grande maioria, 83,05%, não possui esses registos. No item reavaliação médica durante a aplicação das medidas coercivas, observou-se que 12,29% dos casos obtinham registos de reavaliações clínicas.

Por último, não foram documentados registos de *debriefing*, tanto nas notas de enfermagem como médicas.

No capítulo seguinte serão discutidos os resultados obtidos neste estudo.



## **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a descrição dos resultados que nos permitiu ter uma visão global e da compreensão das variáveis detetadas, procede-se à determinação e discussão dos resultados mais pertinentes para o estudo, sendo os mesmos comparados com resultados nacionais e internacionais.

O presente estudo teve como objetivo identificar as medidas coercivas, tendo sido especificado as medidas em estudo, numa unidade de psiquiatria de agudos, através da análise do perfil de utentes que foram submetidos a isolamento ambiental e, ou a contenção mecânica. Neste sentido, analisa-se os dados sociodemográficos referentes aos 171 utentes que foram submetidos a medidas coercivas, numa amostra constituída apenas pelo género masculino.

Numa caracterização generalizada a amostra do estudo mostra uma população maioritariamente jovem adulto, cujas idades são compreendidas entre os 18 e os 39 anos. Especificando os dados obtidos temos uma percentagem de 19,88% dos 18 aos 29 anos e de 26, 90%, entre os 30 e os 39 anos. Relativamente ao estado civil, 46,78%, obtinha informação insuficiente descrita para determinar o seu estado civil, no entanto 33.92% da população insere-se no grupo dos solteiros, 11,11% no dos casados e 8,19% nos divorciados.

Apesar do elevado número de emigrantes e turistas na RAM, a amostra é constituída por 92,40% por população portuguesa, sendo apenas 7,60% correspondente a outras nacionalidades. Relativamente às habilitações literárias deparamo-nos com a mesma problemática da falta de informação, com 86,00% dos utentes sem informação havendo uma prevalência de utentes com ensino secundário completo (8,75%), seguindo-se o ensino básico com 3,50%.

Segundo Kondirulli & Sunder (2022), a pessoa com doença mental apresenta uma baixa esperança de vida e baixa expectativa, afetando assim alguns fatores socio demográficos, levando a uma maior probabilidade de desemprego associada ao estigma e á baixa capacidade da pessoa em cumprir com a atividade laboral, sendo este dado mais visível nos países de baixo desenvolvimento. Um estudo Italiano refere que os níveis de percepção dos utentes perante as medidas coercivas, refletem-se nas condições socio demográficas, características clínicas, idade e género (Sampogna et al., 2019).

A situação profissional e o meio sociogeográfico em que a pessoa está inserido pode influenciar positivamente ou negativamente a sua saúde mental, devendo ser tidos em

conta os aspetos relacionados como a educação, pobreza, vivências, fatores económicos e sociais entre outros. Foi efetuado um estudo em Portugal no ano 2012, que refere o nosso país com risco elevado de doença mental, havendo fatores de prevalência, tais como, desemprego, ser jovem e viver nas áreas urbanas. A literatura refere que o emprego favorece a saúde mental, sendo que o desemprego contribui para o desenvolvimento de depressão, ansiedade e risco de suicídio, na população mais jovem e desempregado apresentam um maior risco (Silva, 2014). No entanto é de salientar com o aumento do abuso dos consumos por substâncias psicoativas e álcool, ou seja, as patologias duais, o número de utentes desempregados e sem abrigo, poderão sofrer um aumento num futuro. Neste estudo, obteve-se uma maior percentagem de diagnósticos associados aos consumos. Utente com diagnóstico para Transtornos Mentais E Comportamentais Devido Ao Uso De Álcool com 18,12%, enquanto que 16,37% dos utentes foram diagnosticados com Transtornos Mentais E Comportamentais Devido Ao Uso De Substâncias Psicoativas.

Segundos os resultados obtidos 8,19% dos utentes com medidas coercivas aplicadas tinham diagnóstico de transtorno esquizofrénico. A prevalência dos resultados recai sobre os transtornos mentais associados a consumos alcoólicos e de substâncias psicoativas, e a quantidade de doenças diagnosticadas depende não só da parte cultural como do atual volume de diagnósticos identificados.

De acordo com a bibliografia o diagnóstico psiquiátrico mais associado a comportamento agressivo está correlacionado com os utentes com doença esquizofrénica paranoide, devido às características da sintomatologia delirante e alucinogénia (Cornaggia et al., 2011). O risco do aumento da doença mental estava associado ao uso, abuso e dependência de substâncias, havendo uma implicação na prática clínica a nível de estratégias de coping e tratamento direcionadas para esta problemática (Swendsen et al., 2011).

Em 2024 um estudo desenvolvido por Välimäki et al. (2024), a esquizofrenia continua a ser a doença que origina mais comportamentos agressivos, têm sido usados vários métodos de avaliação do risco de agressão de modo a prevenir e prever estes comportamentos. Foi reconhecido como boa prática a monitorização contínua do comportamento como método de redução de incidentes e comportamentos agressivos na psiquiatria, reduzindo desta forma as medias coercivas.

Correlacionando os dados do estudo e a bibliografia encontrada, deduz-se que o volume de utentes a recorrerem aos serviços de saúde por patologia psiquiátrica nos

últimos tempos tem apresentado consumos de substâncias psicoativas, sendo assim um fenómeno que aumenta o número de diagnósticos de esquizofrenia como efeito secundário.

Como referido no capítulo anterior referente à apresentação dos resultados do nosso estudo, a taxa anual de medidas coercivas na unidade é de 28,7%, que equivale a 407 medidas coercivas registadas ao longo do ano de 2023. Segundo Miodownik et al. (2019) foi efetuado um estudo retrospectivo numa ala psiquiátrica em Israel, entre janeiro a dezembro de 2014, sendo estudado os fenómenos do isolamento e contenção mecânica. Durante esse período foram registadas 488 medidas coercivas, que equivale a 31.3% dos utentes internados, semelhantes aos nossos resultados.

Os dados colhidos mostram-nos que 71,01% dos utentes submetidos a medidas coercivas encontravam-se em internamento involuntário, sendo a maioria o primeiro internamento, sendo que o motivo da aplicação da medida coerciva prevalece nas alterações de comportamento. A bibliografia refere que o internamento involuntário é utilizado em circunstâncias especiais, tais como incapacidade de avaliar a sua situação clínica e aceitar o tratamento, e de constituir um risco para si próprio e para terceiros por comportamento agressivo, ideação suicida e autodestrutiva. Em Portugal, o presente estudo é pioneiro, não havendo outros dados nacionais disponíveis para comparação.

Segundo Sampogna et al. (2019), os tratamentos involuntários mostram um elevado número de medidas coercivas aplicadas em comparação com os tratamentos voluntários, esta informação é consistente com diversos estudos, referindo também que os utentes tendem em apresentar experiências semelhantes durante a admissão ao internamento involuntário, confirmando a ideia que o internamento compulsivo deve ser a última opção e quando as restantes opções de tratamento não foram eficazes. O autor Lessard-Deschênes et al. (2022) também reforça que 74% dos indivíduos hospitalizados involuntariamente são submetidos a medidas coercivas e apenas 25% dos utentes em internamentos voluntários.

Inúmeros estudos abordam a temática da coerção, nomeadamente nos utentes com dependências, independentemente dos internamentos involuntários, se o utente não possuir vontade própria em manter o tratamento não é possível providenciar efetividade e benefícios psicológicos e terapêuticos, havendo o fator comum nos utentes com dependência de substâncias e na dificuldade em compreender o benefício do tratamento (Opsal et al., 2016).

Existem dados inconstantes relacionados com o impacto eficaz das políticas e leis da saúde mental, na proteção dos direitos humanos. O fato de existir uma doença mental

diagnosticada aumenta a probabilidade de um internamento involuntário, devido ao risco de constituir um perigo para si próprio e para terceiros, sendo esta norma extensível aos vários estados membros da união europeia. Alguns países apresentam um representante legal, tais como, juízes, procuradores e maiores, como palavra final na decisão do internamento voluntário, havendo uma tendência na diminuição da admissão em internamentos involuntários, originando um aumento na verificação e investigação das necessidades (Aluh et al., 2024b).

Os dados do estudo mostram como maior número de medidas coercivas o uso do isolamento ambiental, sendo que das 407 entradas de medidas coercivas 65,60 % que corresponde a 267 registos correspondiam ao isolamento ambiental. Salienta-se que ao longo da colheita de dados, em notas de campo, que o utente ao passar para uma contenção mecânica, na maioria das vezes já se encontrava em isolamento ambiental. A administração de terapêutica prescrita em SOS com registo em diário clínico, especificamente em notas de enfermagem, apresenta uma percentagem reduzida de 3,93%.

Relacionando os dados da caracterização das medidas coercivas com os dados referentes aquando a medida coerciva, relativamente ao tipo de internamento, ocorre um maior número de medidas coercivas aplicadas a utentes com internamento involuntário que corresponde a 289 utentes, sendo 63% em isolamento e 37% em contenção mecânica, enquanto no internamento voluntário, que corresponde a 110 utentes, 73% ficaram em isolamento e 26% em contenção mecânica, podendo-se deduzir tendo por base evidencia científica que os internamentos involuntários são mais propícios a aplicação de medidas coercivas.

Segundo Aluh et al. (2023), num dos escassos estudos realizados em Portugal, foram relacionados com os fatores associados à coerção em utentes com internamento involuntário, estando este relacionado com doença psicótica, género masculino, educação secundária ou superior. No nosso estudo, nos dados relativamente às habilitações literárias dos 24 utentes com registo, a maioria encontra-se com o ensino secundário concluído.

Existe várias perceções por parte dos profissionais relativamente ao uso de medicação antipsicótica em situações de emergência e controlo comportamental do utente, a vertente ética é vista como um elemento importante na decisão de utilizar a medida coerciva de modo consciente, no entanto, os desafios a que os enfermeiros se deparam no controlo de situações agudas e que constituem um perigo para o utente e terceiros, leva a um aumento da prevalência do uso de contenção química (Danda, M, 2020). No entanto

na unidade de agudos em estudo não foram observados registos de administração terapêutica em situação de emergência.

Neste estudo Miodownik et al. (2019), refere que o uso de medidas coercivas deve ser um complemento ao tratamento farmacológico e o suporte psicológico, levando à diminuição do tempo de medida coerciva. Apesar de as medidas coercivas deverem ser evitadas ao máximo, por vezes é necessário.

Os estudos e a evidência científica, reforçam a importância da diminuição das medidas coercivas na pessoa com doença mental, com o intuito de promover e proteger os direitos humanos e do utente. Os dados do estudo demonstram uma prevalência da medida coerciva aplicada em utentes de tratamento involuntário, onde ocorre uma maior alteração de comportamento do utente, aumentando a probabilidade na necessidade de aplicação da medida coerciva de modo a proteger os restantes utentes inseridos na unidade. O risco de fuga foi outro dado observável em registos clínicos sendo fundamental o aumento da vigilância evitando a fuga e promovendo a continuidade dos cuidados e do tratamento. Tendo em conta a taxa de ocupação (100,7%) e a taxa de ocupação para as altas problemáticas (50%), podemos compreender que os recursos humanos são insuficientes para redução das medidas coercivas.

Relativamente ao presente estudo, observa-se uma maior percentagem da implementação de medidas coercivas no turno da tarde (34,14%), havendo uma diferença relativamente reduzida para o turno da manhã (33,17%). Sendo o término da medida coerciva com maior prevalência no turno da manhã (30,96%) relativamente aos dados dos restantes turnos.

A incerteza do número de utentes que são provenientes do serviço de urgência em fase de descompensação clínica, poderão constatar um fator para o aumento destas medidas nos turnos diurnos, havendo a necessidade acrescida de supervisão clínica e prevenção de complicações.

Um estudo elaborado entre 1 de junho e 31 de dezembro de 2018, com o objetivo de registar as medidas coercivas aplicadas em quatorze unidades de dois hospitais em Hong Kong, foi detetado 1798 medidas coercivas aplicadas, onde era usual utilizar diariamente medidas coercivas, os utentes apresentavam maioritariamente diagnóstico de esquizofrenia e surtos psicóticos, do género masculino, com uma média de 40 anos, sendo admitidos com internamento voluntário. Os utentes com períodos mais longos de contenção física, estavam associados a tratamentos involuntários e diagnóstico de transtorno do desenvolvimento. Os motivos para a aplicação das medidas coercivas eram

variados, havendo um total de motivos superior à quantidade de incidentes. Os dados deste artigo apontam para um aumento das medidas coercivas no turno da tarde, sendo associado às rotinas, atividades e níveis de profissionais nesse turno (Välimäki et al., 2022).

Os profissionais de saúde entre os vários países não estão em consenso sobre qual o método mais adequado quando é necessário aplicar as medidas coercivas. Nos países como Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América o método mais utilizado em situações emergentes, é a administração terapêutica, enquanto que os profissionais da Alemanha, utilizam 59% das vezes o isolamento e a contenção mecânica, sendo a administração terapêutica de apenas 22% (Georgieva et al., 2011). Segundo os dados do nosso estudo 65,60% dos utentes são submetidos a isolamento.

Vários estudos retratam que a contenção mecânica é aplicada para promoção de um ambiente mais seguro para o utente e para terceiros, garantindo assim a segurança dos profissionais de saúde e dos outros utentes que permanecem na unidade. Por vezes a contenção é utilizada por falta de recursos humanos, reduzindo assim o risco por falta de supervisão. Esta prática varia consoante os países (Aguilera-Serrano et al., 2023). Em Portugal não foram encontrados estudos referentes a esta prática no âmbito de compreender o impacto na população e profissionais portugueses.

O comportamento agressivo é retratado em diversos artigos como o comportamento que provoca mais efeitos negativos numa unidade com utentes portadores de doença mental, envolvendo profissionais e utentes. É consensual que a agressividade é um fenómeno multidimensional e complexo, podendo ser conceptualizado como reativo e proativo, onde a agitação envolve agressão e violência, sendo que estes comportamentos são encarados com severidade (Välimäki et al., 2022). Torna-se premente as unidades de psiquiatria de agudos implementar de forma sistemática a avaliação de risco para a agressividade de forma a detetar precocemente e implementar medidas preventivas, em vez de medidas coercivas.

O uso de coerção em utentes com dependência, tem sido alvo de debate, principalmente no âmbito do internamento compulsivo, levando a questões de coerção na violação dos direitos civis e onde é utilizado a autoridade em aspetos legais.

Os direitos humanos são universais e independentemente da raça, idade, género, cor, religião, entre outros, reforçando que todos têm o direito a cuidados de saúde nas diversas áreas, sendo uma obrigação de cada país desenvolver, modificar e implementar leis e políticas de saúde, indo de encontro com as necessidades da população, promovendo

o acesso a serviços de saúde com qualidade, diminuição das disparidades na saúde e contribuição para a redução do estigma, discriminação e pobreza (OMS, 2013).

Outro dado fundamental é a determinação exata da duração da medida coerciva, sendo um dado não observável neste estudo, onde obtemos apenas a durabilidade em turnos e não em horas.

Relativamente à variável vigilância durante a aplicação de uma medida coerciva Midownik et al. (2019) reforça que as diferenças nas leis e orientações para a doença mental de cada país. Relativamente ao hospital de Israel existem guidelines internas, relativamente à vigilância das contenções mecânicas, tais como vigilância e monitorização em circuito fechado pelos Enfermeiros, que registam a agitação e sinais vitais a cada 30 minutos.

Neste estudo não foi possível obter dados concretos sobre o tipo de vigilância ao utente em contenção mecânica, pelo que essa questão presente no questionário entregue à Comissão de Ética, foi retirada do estudo.

Não foram detetados registos sobre a realização de *debriefing* após a implementação das medidas coercivas nos utentes. Segundo os artigos científicos encontrados, aborda-se com frequência a importância do *debriefing*, tanto com o utente como em conjunto com a equipa multidisciplinar, de modo a haver partilha de opiniões e desenvolvimento de novas estratégias. Relativamente ao utente o *debriefing* ajuda na compreensão sobre a medida utilizada, permitindo a partilha de sentimentos, reforço da relação terapêutica.

O *debriefing* é considerado um conjunto de procedimentos e aconselhamento, que fornece conhecimento sobre um evento de modo a prevenir incidentes que afetem psicologicamente a pessoa, ou de modo ajudar na recuperação de um evento traumático, tal como o uso de medidas coercivas. O *debriefing* num pós incidente deve ser aplicado o mais cedo possível após recuperação da compostura do utente e o risco da causa dano ter sido reduzido, fornecendo suporte físico e emocional, bem-estar dos envolventes e essencialmente reflexão e aprendizagem sobre o acontecimento. O uso das *Six Core Strategies* como complemento na redução e prevenção do isolamento e uso de contenção mecânica, sendo abordado o uso do *debriefing* com uma técnica mais complexa e rigorosa (Välimäki, M; Varpula, J; & Lantta, T., 2023).

A relação entre utente e enfermeiro é fundamental para uma relação terapêutica baseada na confiança. A aplicação de uma medida coerciva pode diminuir a confiança terapêutica estabelecida, criando uma barreira que irá dificultar o tratamento do utente. É

fundamental que o utente portador de doença mental, sinta que além da confiança haja uma relação de clareza e transparência, fortalecendo a confiança. É na comunicação com o outro que é promovida a partilha de sentimentos. O *debriefing* como uma das estratégias utilizadas para a diminuição do uso de medidas coercivas vai de encontro com a teoria de Hildegard Peplau, através das fases relacionadas com as relações interpessoais. No pós medida coerciva implementada, a interação baseada nesta teoria poderá contribuir positivamente na recuperação e compreensão do utente perante a intervenção efetuada.

Em Portugal carecemos de uma melhor abordagem, compreensão, adaptação relativamente à aprendizagem destes novos modelos de redução de medidas coercivas, sendo necessário investir na aprendizagem, podendo haver a barreira por parte dos profissionais, em especial dos EEESMP de investir no seu conhecimento e de onde realizar na sua formação. Após toda a revisão bibliográfica efetuada, acreditamos ser fundamental, adaptar as *Six Core Strategies* e as *Safewords* e os treinos de descalação à nossa realidade.

A enfermagem como profissão regulamentada e sendo a base dos sistemas de saúde, é essencial o número adequado e necessário de rácio de enfermeiros, sendo esse valor calculado através do estabelecimento de dotações seguras. As unidades de saúde com baixo número de enfermeiros qualificados por rácio de utente, aumenta o risco de saúde para o utente. Existe diversas ferramentas e recomendações de forma a manter ou melhorar a qualidade e segurança dos cuidados (ICN, 2017). Tendo em conta o número de enfermeiros por utente, na unidade de agudos a que foi submetido o estudo, é fundamental reforçar a importância dos rácios recomendados após o cálculo das dotações seguras, sendo esta uma forma de redução de medidas coercivas, pois estaria de uma forma mais direta, aumentando o rácio de enfermeiros na prestação dos cuidados aos utentes portadores de doença mental, permitindo assim um maior acompanhamento das suas necessidades físicas e mentais.

A nova lei da Saúde Mental (Lei 35/2023) que entrou em vigor em Agosto 2023, no artigo 8º, aborda as medidas coercivas definindo-as de modo a permitir uma compreensão geral do seu significado. No Artigo 9.º, salienta a importância para o exercício dos direitos do utente, protegendo as pessoas portadoras de doença mental. O poder de escolha e o direito de nomear uma pessoa de confiança é um direito da pessoa portadora de doença mental, sendo essencial o apoio para o cumprimento do exercício dos direitos de reclamação, de sugestão, de recurso e revisão da decisão de tratamento involuntário, seja mantidos.

O papel do EEESMP é imprescindível não só pelas suas competências acrescidas mas também pela capacidade e competência na implementação destas intervenções, promovendo uma melhoria continua nas intervenções de enfermagem.

Após a apresentação dos resultados, observa-se um longo caminho a percorrer na investigação, referente à área das medidas coercivas em Portugal. As pessoas portadoras de doença mental apresentam mais dificuldade em se defenderem sobre os diversos tipos de coerção. Refletindo sobre o percurso efetuado ao longo destes meses de investigação, pretendemos delinear as limitações sentidas, assim como, realizar sugestões para futuras investigações a serem efetuadas na área da Saúde Mental.

Inicialmente sentimos dificuldade em delinear e estabelecer de forma objetiva e concreta o que investigar sobre as medidas coercivas, a escassez de dados portugueses sobre esta realidade dificultou na medida de justificar e comparar dados, de forma que os dados colhidos foram comparados com dados de outros estudos de países com perspetivas e culturas diferentes da nossa. Após o percurso percorrido e o conhecimento adquirido após toda a investigação necessária sentimos que o fato do estudo ter sido efetuado em apenas uma unidade de agudos foi uma limitação, e o estudo teria beneficiado de uma vertente comparativa entre pelo menos duas unidades de doentes agudos em Portugal, tornando os dados ainda mais enriquecedores, por último apesar da necessidade e da importância da colheita de dados, referimos que o processo foi moroso. Além destas vertentes referimos também como limitações do estudo o fato de ter sido efetuado apenas durante um ano, acreditamos que seria enriquecedor a comparação de dados com diversas unidades e num período de tempo mais alargado. Salientamos que apesar das limitações, esta temática foi gratificante e enriquecedora a diversos níveis, tendo sem dúvida, alimentando a competência de EEESMP e da competência de mestre na vertente científica e da investigação, elevando os níveis de evidência científica e ético-deontológicos, originando a mudança de comportamentos no âmbito da saúde mental.



## **CONCLUSÃO**

O desenvolvimento científico e humano da profissão de enfermagem implica uma prática baseada na evidência de modo a acompanhar e evoluir o progresso da evolução da profissão. É com preocupação o modo como o mundo vê a problemática das medidas coercivas e toda a panóplia de temas e os princípios éticos que envolve. Esta temática tem muito por onde explorar, onde ao logo da pesquisa, deparamo-nos com a necessidade de aprofundar o conhecimento. Na vertente da obtenção do grau de mestre é esperado que o para o EEESMP aprofunde estes conhecimentos e a sua capacidade de compreensão de acordo com o seu grau de estudos. Os conhecimentos apreendidos relacionados com a sua área de estudo serão implementados e em contextos alargados em âmbito multidisciplinar. A capacidade de lidar e apresentar soluções em questões complexas incluindo reflexões baseadas na evidência e na responsabilidade ética e social estão explanadas nas novas competências de mestre.

No futuro toda esta aquisição de competências e conhecimento trará frutos na área da investigação na vertente da saúde mental, e sem dúvida na continuidade da investigação na temática das medidas coercivas. Todo este desenvolvimento trará implicações para a evidência e investigação na prática, através da inovação da temática e das reflexões efetuadas ao longo do estudo. A evolução a nível académico do EEESMP eleva a profissão e a especialidade em causa a níveis de maior visibilidade e aumento das evidências que suportam a profissão.

Relativamente aos resultados obtidos sobre as medidas coercivas podemos salientar a importância da sua utilização ser um último recurso, no entanto salienta-se a necessidade de um rácio adequado por utente, de modo a promover diversas intervenções redutoras de medidas coercivas. Da nossa experiência profissional, observa-se as diversas vezes em que não é possível utilizar outra medida de proteção para o utente e para terceiros. Foram encontradas bibliografias que salientam que apesar das exceções existirem, a opção de não coerção é sempre mais prevalente.

Além das controversias emanadas desta temática e das diversas opiniões na comunidade científica e que são expostas tanto pelos utentes, pelos profissionais de saúde como também pelos constituintes legais, é fundamental a continuidade da investigação, da evolução para a mudança de modo serem promovidas intervenções e cuidados cada vez mais dignos, adequados e com maior promoção da autonomia e da qualidade de vida.

Apesar da dificuldade em realizar uma reflexão comparativa com dados portugueses é de salientar a partilha de dados científicos com qualidade, levou-nos a uma melhor compreensão do fenómeno permitindo assim a adaptação e implementação do conhecimento.

Apesar do presente estudo ter sido efetuado apenas de modo retrospectivo, não havendo envolvimento dos utentes que foram submetidos a medidas coercivas, originou a necessidade de observar e validar a vertente mais próxima do utente e da equipa.

Os objetivos delineados para este estudo foram atingidos, tendo sido adquirido conhecimento sobre o fenómeno das medidas coercivas aplicadas na unidade em estudo e terem sido identificadas as práticas coercivas na unidade de agudos. Após o desenvolvimento efetuado no estudo e toda a documentação da evidência, ressalva-se para a necessidade de elaborar propostas de melhoria e inovação a nível institucional.

Após constatar a necessidade de aprofundar e melhorar documentação de enfermagem sobre todas as intervenções inerentes, esta vertente poderá ser vista como outro aspeto de melhoria e de intervenção. Sendo necessário dar mais ênfase ao que é efetuado pela equipa de enfermagem, baseando as intervenções na evidência. Na nossa objetiva é fundamental formar e providenciar o aumento do conhecimento na área da comunidade de ESMP.

Ao longo do plano de estudos para a obtenção do grau de mestre, houve a oportunidade de enriquecer o conhecimento científico, e abraçar novas competências de mestre, em Apêndice B, através da participação em eventos científicos com posters e comunicação livre onde foi desenvolvido um artigo científico para o ebook do congresso, do qual aguardamos a aprovação. O convite para colaboração como um dos autores no capítulo “Medidas Coercivas em Saúde Mental” da obra *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*, explanou o rigor no conhecimento da área e a capacidade crítico reflexiva, onde a partilha de ideias com peritos transformou-se numa experiência única e próspera. Referimos outra experiência inserida na participação no *Blended Intensive Programme (BIP) in Mental Health of Migrants and Minorities* na Oslo Metropolitan University, Noruega, do qual ocorreu partilha de ideias e aquisição de conhecimentos culturais e realidades diversas entre a peritos na área científica dos países, Noruega, Finlândia e Malta, salientamos também para a visita a um hospital de referência, *Lovisenberg Hospital: Research Unite/Mental health Unite* (Oslo, Noruega), com política de Porta Aberta e desenvolvimento de estudos científicos e projetos na redução das medidas coercivas no internamento psiquiátrico.

De um modo geral, após o que foi aprendido, são como objetivos futuros, desenvolver mais conhecimento na área, progredindo na área da investigação, de modo a expor o trabalho de excelência e evolução contínua da instituição, trazendo um contributo relevante para a área da saúde mental.

É com empenho e entusiasmo que sentimos esta vertente de investigador, com ideias e conhecimento reforçado, vendo esta etapa não só com resultados positivos mas também com novos desafios para o futuro. Foi fundamental a experiência da prática na área da saúde mental, de modo a compreender melhor estes fenómenos, promovendo a aplicação de modelos de cuidados específicos e de acordo com as necessidades encontradas, promovendo o aumento da visão incorporada nos elementos da equipa de saúde.

Num futuro salienta-se a implementação de práticas baseadas no consentimento consciente e coerente dos cuidados prestados, na gestão do risco clínico e da implementação de dotações seguras nos serviços de saúde, promovendo o registo e a demonstração do que é efetuada pelos enfermeiros portugueses, promoção de unidades com ambientes terapêuticos seguros com monitorização contínua e envolvimento das famílias e da comunidade em que o utente se insere.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera-Serrano, C., Goodam-Casanova, J., Bordallo- Aragón, A., García-Sánchez, J., Mayoral-Cleries, F., & Guzmán-Parra, J. (2023) Attitudes about Mechanical Use in Mental Health Hospitalization Services: A Spanish Survey. *Healthcare*, 11(3), <https://doi.org/10.3390/healthcare11131909>
- Aluh, D. O., Lantta, T., Lourenço, T., Birkeland, S. F., Castelpietra, G., Dedovic, J., Caldas-de-Almeida, J. M., & Rugkåsa, J. (2024a). Legislation and policy for involuntary mental healthcare across countries in the FOSTREN network: rationale, development of mapping survey and protocol. *BJPsych open*, 10(5), e154. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.744>
- Aluh, D., Diaz-Milanes, D., Azeredo-Lopes, S., Barbosa, S., Santos-dias, M., Silva, M., Grigaitè, U., Pedrosa, B., Velosa, A., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J., (2024b). Coercion in Psychiatry: Exploring the Subjective Experience of Coercion Among Patients in Five Portuguese Psychiatric Departments. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-024-09890-7>
- Aluh, D., Santos-Dias, M., Silva, M., Pedregosa, B., Grigaitè, U., Silva, R., Mousinho, M., Antunes, J., Remelhe, M., Cardoso, G., & Caldeas-de-Almeida, J. (2023). Contextual factors influencing the use of coercive measures in Portuguese mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 90. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2023.101918>
- Barata, C. (1999). Um nobel embaraçoso. *Público* [<https://www.publico.pt/1999/10/27/jornal/um-nobel-embaracoso-125558>]
- Bessa, M. (2013). *A densificação dos princípios da bioética em Portugal Estudo caso: a atuação do CNECV* (Tese para obtenção do grau de Mestre em Direito). Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto.
- Bittencourt, M; Marques, M; & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção da saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, Serie IV*, nº 18, pp 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Brussels, European Commission (2023). Communication From the commission to the European Parliament, the council, the European economic and social committee

- and the committee of the regions on a comprehensive approach to mental health.  
[https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89\\_en?filename=com\\_2023\\_298\\_1\\_act\\_en.pdf&prefLang=pt](https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf&prefLang=pt)
- Cardoso, G., Gusmão, R., & Correa, B., (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*. 1º Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa. ISBN: 978-989-98576-0-5
- Chieze, M; Clavien, C; Kaiser, S; & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry, Vol12*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.790886>
- Coelho, J., Poyato, A., Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). Perspectives of adult patients with mental health disorder on the relationship with nurses: a focus group study. *BMC Nursing*. 23(9). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01663-5>
- Cornaggia, C., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Revista Elsevier*, 189 (1), 10-20.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
- Council of Europe, Parliamentary Assembly (2019), Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038>
- Danda, M. (2020). Putting Restraint on Chemical Restraint: Exploring the Complexity of Acute Inpatient Mental Health Nurses' Experience of Chemical Restraint Interventions. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*. 2(2).  
<https://witness.journals.yorku.ca/index.php/default/issue/view/4>
- Dias, M. (2014) Ética, organização e valores ético-morais em contexto organizacional. *Gestão e desenvolvimento*, 22
- Direção Geral da Saúde (2007). Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física. [Consult. 9 out. 2024]. Disponível em WWW:< <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008801.pdf>>
- Direção Geral da Saúde (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. [Consult. 10 out. 2024]. Disponível em WWW:< <https://pt.scribd.com/document/58547227/Orientacao-da-DGS-n-º-21-2011-sobre-a-Prevencao-de-Comportamentos-dos-doentes-que-poem-em-causa-a-sua-seguranca-ou-da-sua-envolvente>>
- Direção Geral da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde- Revisão e Extensão a 2020. [Consult. 10 out. 2024]. Disponível em WWW:<

<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>>

Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a saúde mental [Consult. 8 out. 2024]. Disponível em WWW:< [http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_VF.pdf](http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/DGS_PNSM_2017.10.09_VF.pdf)>

Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. Entidade Reguladora da Saúde (2021). [Consult. 10 out. 2024]. Disponível em WWW:< <https://www.ers.pt/media/afrho1io/set24-direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servicos-de-saude.pdf>>

Efkemann, S., Lickiewicz, J., Doedens, P., Lantta, T., Bali, P., & Husum, T., (2024). A Scoping Review on Staff Attitudes Toward the Use of Coercion in Mental Healthcare. *Healthcare*, 12(6). <https://doi.org/10.3390/healthcare12161552>

Figueiredo, E. (2021). *(R)evolução da Legislação da Saúde Mental à luz da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/95868/1/rev%20legisla%C3%A7%C3%A3o\\_EBOOK.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/95868/1/rev%20legisla%C3%A7%C3%A3o_EBOOK.pdf)

Filho, A., Fortes, F., Queirós, P., Peres, M., Vidinha, T., & Rodrigues, M., (2015) Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4 (4). <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>

Fortin, M. (2009) *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X

Fostren (2023). *Glossary of key terms relating to coercion in mental health services*. Disponível em: <https://fostren.eu/wp-content/uploads/2024/03/Glossary.pdf>; consultado em 10/09/2024

Georgieva, I.; & Wierdsma, C., (2011). Patient's Preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatric Quarterly*. 83(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-011-9178-y>

Germano, A., Nunes, L., Vieira, M., Carvalho, M., Martins, M., Amaral, M., Bittencourt, M., Gonçalves, R., & Deodato, S. (2005). Parte I- Comentários. In Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (Eds.). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos* (p.142) Ordem dos Enfermeiros.

Hagerty, T., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience

- Data?. *Nursing Science Quartely*, 30 (2). pp 160-167.  
<https://doi.org/10.1177/0894318417693286>
- Hauksoson, P. (2014). Cage beds and coercion in Czech psychiatric institutions. *Mental Disability Advocacy Center*.  
[https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/cagebed\\_web\\_en\\_20140624\\_0.pdf](https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/cagebed_web_en_20140624_0.pdf)
- Hirsch, S; & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Dtsch Arzteb*, 116, 336- 343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Huckshorn, K. (2020) Six Core Strategies for reducing Seclusion and Restraint Use. National Association of State Mental Health Program Directors. Nacional Association of State Mental Health Program Directors.  
<https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/2022-08/Consolidated%2520Six%2520Core%2520Strategies%2520Document.pdf>
- Hunt, G. (1994). Ethical Issues in Nursing. *Routledge*. ISBN 0-203-72666-9
- Internacional Council of Nurses (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses.  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf)
- Internacional Council of Nurses (2024). Guidelines on mental health.  
[https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-07/ICN\\_MentalHealthNursingGuidelines-2024\\_EN\\_web.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-07/ICN_MentalHealthNursingGuidelines-2024_EN_web.pdf)
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (Eds). (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. *Luxembourg: European Communities*. ISBN-10: 92-79-01160-X
- Kondirolli, F.; & Sunder, N. (2022). Mental health effects of education, *Health Economics*, 31 <https://doi.org/10.1002/hec.4565>
- Lantta, T., Duxbury, J., Haines-Delmont, A., Björkdahl, A., Husum, T., Lickiewicz, J., Douzenis, A., Craig, E., Goodall, K., Bora, C., Whyte, & R., Whittinton, R., (2023) Models, frameworks and theories in the implementation of programs targeted to reduce formal coercion in mental health settings: a systematic review. *Front. Psychiatry*. 14, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1158145>
- Lee, H; Dooby, O; & Hennessy, T. (2021). Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 20(41), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00554-x>
- Lei nº 35/2023. **Diário da República** Iª Série. 141 (21-07-2023) 2-23. [Consult. 9 out.2024]. Disponível em WWW:< <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>>

- Lei nº 65/2018. **Diário da República** I<sup>o</sup> Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 9 out.2024]. Disponível em WWW:< <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>
- Lessard- Deschênes, c., Goulet, M.H., & Pariseau- Legaul, P. (2022) Factors associated with perceived coercion in adults receiving psychiatric care: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 12 (10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065393>
- Mahdanian, A., Laporta, M., Bold, N., Funk, M., & Puras, D. (2022) Human rights in mental healthcare; A review of current global situation. *International review of psychiatry*. 35 (2),150–162. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2027348>
- Mental Health Europe (2019). *Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>. Consultado em: 8 Outubro 2024
- Miodownik, C., Friger, M., Orev, E., Gansburg, Y., Reis, N., & Lerner, V. (2019). Clinical and demographic characteristics of secluded and mechanically restrained mentally ill patients: a retrospective study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 8(9), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13584-018-0274-4>
- Miranda, A. (2008) *Bioética e Saúde Mental: No limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético?*. (Dissertação de mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina do Porto) Universidade Medicina do Porto, Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22144>
- Molodynski, A., Khazaal, Y., & Callard, F. (2016) Coercion in mental healthcare: time for a change in direction. *Bjpsych International*, 13 (1), 1-3. <https://doi.org/10.1192/S2056474000000854>
- Moreira, P; & Melo, A. (2005). *Saúde Mental - Do tratamento à prevenção* (1<sup>o</sup> ed.). Porto editora. ISBN 972-0-34751-1
- Nações Unidas. (2001). *Instituições Nacionais para a promoção e proteção dos Direitos Humanos*. (19)1. WWW:< [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/ficha\\_informativa\\_19\\_instiuicoes\\_nacionais\\_promocao\\_protecao.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/ficha_informativa_19_instiuicoes_nacionais_promocao_protecao.pdf)>
- Nações Unidas. (2017) *Declaração Universal do Direitos Humanos*. [Consult. 8 out. 2024]. Disponível em WWW:< <https://unric.org/pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/>>

- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. In Encontro 2014 do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Setúbal.
- Oliveira, S. (2002) Trechos da História da Loucura. *Interações* nº3. Pp 106-120
- Oliveira, S. (2002). Trechos da História da Loucura. *Interações*, 3, 106-120.  
<https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/52/54>
- Opsal, A., Kristensen, Ø., Vederhus, J., & Clausen, T. (2016). Perceived coercion to enter treatment among involuntarily and voluntarily admitted patients with substance use disorders. *BMC Health Serv Res*. 16(656). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1906-4>
- Ordem dos Enfermeiros – Parecer N° 101/2018 do Concelho de Enfermagem. Intervenção de um enfermeiro para com utentes com comportamentos comprometedores à segurança de outros utentes e funcionários. 2018.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-nº-101\\_ce-07062018\\_intervencao\\_enfermeiro\\_comportamentos-comprometedores-a-seguran.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8413/parecer-nº-101_ce-07062018_intervencao_enfermeiro_comportamentos-comprometedores-a-seguran.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Saúde Mental.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem ISBN: 978-989-8444-64-6
- Palha, F; & Cota, N. (2015). *Trajelórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I - O Processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Encontrar-se. Porto [https://www.encontrarse.pt/wp-content/uploads/2016/04/projectos\\_concluidos\\_tcsml.pdf](https://www.encontrarse.pt/wp-content/uploads/2016/04/projectos_concluidos_tcsml.pdf)
- Pereira, J. (2015) *A psiquiatria em Portugal Protagonistas e história conceptual (1884-1924)*. Tese doutoramento, Universidade de Coimbra). Universidade de Coimbra.  
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29514/1/A%20Psiquiatria%20em%20Portugal.pdf>
- Regulamento n° 356/2015. **Diário da República** II° Série. 122 (25-06-2015) 17034-17041 [Consult. 10 out. 2024]. Disponível em WWW:<

- [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_356\\_2015\\_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf)>
- Regulamento nº 515/2018. **Diário da República** IIª Série. 151 (07-08-2018) 21427-21430 [Consult. 10 out. 2024]. Disponível em WWW:< <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pd>>
- Sampogna, G., Luciano, M., Vecchio, V., Pocai, B., Palummo, C., Fico, G., Giallonardo, V., Rosa, C., & Fiorillo, A. (2019) Perceived coercion Among Patients Admitted in Psychiatric Ward: Italian Results of the EUNOMIA Study. *Front Psychiatry*, 10(316), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00316>.
- Santos, R. (2019). *A introdução de psicofármacos em Portugal: o caso particular dos antidepressivos (1950-2000)*. Tese doutoramento, Universidade de Coimbra. Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94915>.
- Santos, S.; & Nóbrega, M. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de peplau: análise e evolução. *Revista Brasileira*, 49(1), 55-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>
- Sashidharan, S., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605-612. <https://doi.org/doi:10.1017/S2045796019000350>
- Sequeira, C.; & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (1ª edição). Lidel.
- Serrano, C., Cabanillas, R., Morales, B., Delgado, A., Castillo, S.D., Plaza del Pino, M.D., & Guillén, M.F. (2018). Delimitando la coerción y los cuidados enfermeiros em salud mental: Uma Aproximación cualitativa, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 20, 19-26. <https://doi.org/10.19131/rpasm.0222>.
- Silva, J. (2014). *O impacto do desemprego na saúde mental em função do meio sociodemográfico (rural e urbano)*. (Dissertação mestrado, Faculdade da Beira Interior). Covilhã. [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/4953/1/3325\\_6710.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/4953/1/3325_6710.pdf)
- Swendsen, J., & Le Moal, M. (2012). Individual vulnerability to addiction. *ANNALS of the New York academy of sciences*. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05894.x>
- União Europeia – Carta dos direitos fundamentais da União europeia. (2016). *Jornal Oficial da União Europeia*, Lisboa, WWW:< <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT>>.

- Välimäki, M., Lam, Y., Hipp, K., Cheng, P., Ng, T., Ip, G., Lee, P., Cheung, T., Bressington, D., & Lantta, T. (2022). Physical Restraint Events in Psychiatric Hospitals in Hong Kong: A Cohort Register Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6032), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106032>
- Välimäki, M., Lantta, T., Lam, Y., Cheung, T., Cheng, P., Ng, T., Ip, G., & Bressington, D. (2022), Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry*, 22(344), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03974-4>
- Välimäki, M., Lantta, T., & Kontio, R. (2024). Risk assessment for aggressive behaviour in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012397.pub2>
- Välimäki, M., Varoula, J., Lantta, T. (2023). Post-incident debriefing for people with schizophrenia after coercive measures (Protocol). *Cochrane Library*, 4(CD014487), 1-16. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014487>
- Vann, B., & Šiška, J., (2006) From “cage beds” to inclusion: The long road for individuals with intellectual disability in the Czech Republic. *Disability Society*, 21 (5), 425-439. [https://www.researchgate.net/publication/248912794\\_From\\_'cage\\_beds'\\_to\\_inclusion\\_The\\_long\\_road\\_for\\_individuals\\_with\\_intellectual\\_disability\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic](https://www.researchgate.net/publication/248912794_From_'cage_beds'_to_inclusion_The_long_road_for_individuals_with_intellectual_disability_in_the_Czech_Republic)
- Ward- Stockham, K., Daniel, C., Bujalka, H., Jarden, R., Yap, C., Cochrane, L., & Gerdtz, M. (2024). Implementation and use of the Safewards model in healthcare services: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 1242-127. <https://doi.org/10.1111/inm.13345>
- Whittington, R.; Aluh, D.; & Almeida, J. (2023). Zero Tolerance for Coercion? Historical, Cultural and Organisational Contexts for Effective Implementation of Coercion-Free Mental Health Services around the World. *Healthcare*, 11(2834), 1-19. <https://doi.org/10.3390/healthcare11212834>
- World Health Organization (2022) MentalHealth [<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>]
- World Health Organization, (2005). *Human rights and legislation- Stop exclusion, dare to care*. [http://www.lhac.eu/resources/library/who\\_resource-book-on-mental-health-human-rights-and-legislation--2.pdf](http://www.lhac.eu/resources/library/who_resource-book-on-mental-health-human-rights-and-legislation--2.pdf).

World Health Organization, (2019). *Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course Guide.* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2023). *Mental health, human rights and legislation – guidance and practice.* <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>.

Zanini, L; & Queiroz, O. (2023). A Bioética, os direitos da personalidade e a pesquisa envolvendo seres humanos. *Revista Direitos Sociais e Políticas*, 11(3), 1123-116. <https://portal.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1344>



## **ANEXOS**



## ANEXO A - INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

Nº	Variável	Operacionalização variável
<b>Informação utente</b>		
1.	Idade	Questão aberta
2.	Nacionalidade	Questão aberta
3.	Co- Habitação	1- Sozinho 2- Com familiares 3- Com amigos 4- Instituição 5- Sem abrigo
4.	Habilitações literárias	1- Sem frequência de escola 2- Ensino primário incompleto 3- Ensino primário completo 4- Ensino básico (5º até 9º ano) 5- Ensino secundário 6- Ensino superior
5.	Situação profissional	1- Emprego 2- Desempregado 3- Inválido 4- Reformado
6.	Grupo profissional	1- Quadros superiores administração pública, dirigentes e quadros superiores 2- Especialistas e profissionais nível médio 3- Técnicos e profissionais a nível intermédio 4- Pessoal administrativo e similares 5- Pessoal dos serviços e vendedores 6- Agricultores 7- Operários de instalações e Máquinas 8- Trabalhadores não qualificados
7.	Estado civil	1- Solteiro 2- Casado / União de fato 3- Divorciado / Separado 4- Viúvo
8.	Mês internamento (2023)	Questão aberta
9.	Nº internamento	1- 1º internamento 2- 2º internamento 3- 3º internamento 4- [4º – 9º] internamentos

		5- ≥10 internamento
10.	Diagnóstico médico neste internamento (CID X)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- F- 10 Transtornos Mentais e comportamentos devido ao uso de álcool</li> <li>2- F- 10 Transtornos Mentais e comportamentos devido ao uso de substâncias psicoativa</li> <li>3- F- 20 Esquizofrenia</li> <li>4- F- 19 Transtorno Mental ou comportamento não especificado</li> <li>5- F- 22 Transtornos delirantes persistentes</li> <li>6- F- 23 Transtorno psicóticos agudos e transitórios</li> <li>7- F- 30 Transtorno do humor</li> <li>8- F- 31 Transtorno afetivo bipolar</li> <li>9- F- 33 Transtorno depressivo</li> <li>10- F- 42 Transtorno obsessivo-compulsivo</li> <li>11- F- 70 Retardo mental</li> <li>12- Outro: (qual)</li> </ul>
11.	Tipo internamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Voluntário</li> <li>2- Involuntário (internamento compulsivo/ tratamento involuntário)</li> </ul>
12.	Motivo para medida coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Agitação psicomotora</li> <li>2- Recusa alimentar</li> <li>3- Recusa terapêutica</li> <li>4- Agressividade verbal para terceiros</li> <li>5- Agressividade física para terceiros</li> <li>6- Auto-agressividade</li> <li>7- Agressividade contra objetos</li> <li>8- Outra: (Questão aberta)</li> </ul>
13.	Dia em que foi aplicada a medica coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- 1º dia de internamento</li> <li>2- [2º - 5º] dia de internamento</li> <li>3- [6º - 10º] dia de internamento</li> <li>4- &gt; 11º internamento</li> </ul>
14.	Data e hora início medida coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Hora</li> <li>2- Data</li> </ul>
15.	Data e hora fim medida coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Hora</li> <li>2- Data</li> </ul>
16.	Turno início da medida coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Manhã</li> <li>2- Tarde</li> <li>3- Noite</li> </ul>
17.	Turno fim da medida coerciva	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Manhã</li> <li>2- Tarde</li> <li>3- Noite</li> </ul>
18.	Medida coerciva aplicada	<ul style="list-style-type: none"> <li>1- Contenção mecânica (com cintos de 2 a 5 pontos)</li> <li>2- Isolamento (Sala própria com porta trancada)</li> <li>3- Administração terapêutica (se sim, qual: )</li> </ul>

		4- outra
19.	Duração da contenção mecânica	1- ____ (horas exatas)
20.	Duração do isolamento	1- ____ (horas exatas)
21.	Vigilância da contenção mecânica	1- Sim (qual o tipo de vigilância registada) 2- não
22.	Duração do internamento	1- nº dias
23.	Nº de profissionais no turno em que foi iniciada a medida coerciva	1- Enfermeiro 2- Assistente operacional 3- Médico
24.	Categoria profissional de quem iniciou a medida	1- Enfermeiro cuidados gerais 2- EESMP (título da ordem) 3- Médico psiquiatra 4- Assistente operacional
25.	Género do profissional que iniciou a medida coerciva	1- Feminino 2- Masculino
26.	Categoria profissional de quem terminou a medida	1- Enfermeiro cuidados gerais 2- EESMP (título da ordem) 3- Médico psiquiatra 4- Assistente operacional
27.	O utente teve episódios anteriores de medidas coercivas	1- Sim, apenas neste internamento. 2- Não neste internamento, mas em outro anterior. 3- Sim, neste internamento e outro internamento anterior. 4- Não neste, nem em outro internamento anterior. 5- Sem registo. 6- Se sim, na opção 1 ou 3 quais os motivos _____
28.	Medidas de suporte usadas e registadas	1- Medicação EV 2- Hidratação E 3- Alimentação SNG 4- Algaliação 5- Sinais vitais 6- Vigilância presencial 7- Outra, qual:
29.	Complicações após implementação medidas coercivas registadas.	1- Desidratação 2- Síndrome imobilização 3- Depressão respiratória 4- Alteração consciência 5- Sintomas extra- piramidais 6- Convulsões 7- Alterações neurovasculares

		8- Fraturas 9- Outra
30.	Registo de Enfermagem sobre as medidas coercivas	1- Sim 2- Não
31.	Tipologia do registo de enfermagem em processo clínico	1- Notas enfermagem 2- Plano cuidados 3- Outro
32.	Frequência dos registos de enfermagem	1- No inicio da aplicação da medida 2- No fim da aplicação da medida 3- Todos os turnos 4- Todas as horas de duração da medida
33.	Informação ao psiquiatra assistente	1- Sim 2- Sem registo.
34.	Registo do Psiquiatra no diário clínico	1- Sim 2- Não
35.	Reavaliação médica	1- Sim (frequência da reavaliação) 2- Não
36.	Efetuada registo em documento institucional “Registo de episódio de contenção física”	1- Sim 2- Não
37.	Registo da realização de <i>Debriefing</i>	1- Sim, com utente. 2- Sim, com profissionais. 3- Sim, com utente e profissionais. 4- Sim, com utentes que presenciaram a medida. 5- Se sim, quem fez os registos. 6- Não há registos

## **APÊNDICES**



## APENDICE A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO SÃO JOÃO DE DEUS



**INSTITUTO S. JOÃO DE DEUS**  
Sede

Exma. Senhora  
Enfermeira Cristina Gonçalves  
ISJD-Funchal

Lisboa, 20 de março de 2024

**N-Ref.:** ISJD-O-34-2024  
**Assunto:** Envio de Parecer da Comissão de Ética - "Práticas coercivas em pessoas internadas numa unidade de psiquiatria de agudos: um estudo retrospectivo"

Exma. Senhora,

Na sequência do seu pedido de parecer sobre o estudo acima referido, solicitado a esta direção a 17 de dezembro de 2023, o mesmo foi remetido para parecer à Comissão de Ética do Instituto S. João de Deus que o analisou e avaliou.

A mesma Comissão concedeu parecer favorável ao projeto, deixando uma nota para a qual peço a sua atenção e cumprimento. O parecer segue anexo a este ofício. Aguardamos, com expectativa, os resultados do estudo.

Sem outro assunto no momento, subscrevo-me com elevada estima.

O Presidente do ISJD



Rua S. Tomás de Aquino, 20 • 1600-871 LISBOA  
Tel.: 217 213 300 • Fax: 217 213 353 • E-mail: sede@isjd.pt • www.isjd.pt





## **APENDICE B – PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

- Poster “Coerção em Psiquiatria: Uma análise Crítico-Reflexiva” - 10º Jornadas de Saúde Mental e Psiquiatria da Casa Saúde São João de Deus, Outubro de 2023, Funchal
- XIV Congresso Internacional d’ASPESM 2023 “Saúde Mental Uma Prioridade para Todos”, Outubro de 2023, Évora.
- Comunicação Livre “Prática Coerciva em pessoas internadas em unidade de Saúde Mental e Psiquiatria”, Outubro de 2023, Évora.
- Resumo em Ebook XIV Congresso Internacional d’ASPESM “Prática Coerciva em pessoas internadas em unidade de Saúde Mental e Psiquiatria” Aguarda publicação
- Preleção “Práticas Coercivas em Pessoas Internadas numa unidade de Psiquiatria de Agudos: Um Estudo Retrospectivo” – Webinar “Conversas Sinodais” promovidas pelo Instituto São João de Deus, Junho 2024
- Coautor no capítulo “Medidas Coercivas em Saúde Mental” da obra *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*, tendo como Coordenadoras da obra: Prof. Dr<sup>a</sup> Lucinda Nunes e Prof. Dr<sup>a</sup> Tânia Morgado, aguarda publicação, Setembro 2024
- Participação no “Blended Intensive Programme (BIP) in Mental Health of Migrants and Minorities” na Oslo Metropolitan University, Noruega, Setembro de 2024.