Síntese Rápida de Evidências nº 02

Maio - 2022

Evasão de pacientes em serviços de saúde mental

Aspectos relacionados e opções de enfrentamento

NEV Núcleo de Evidências | SESAU Secretaria Municipal de Saúde | CAMPO GRANDE PREFEITURA

NEV Núcleo de Evidências | SESAU Secretaria Municipal de Saúde | CAMPO GRANDE PREFEITURA

Coordenação

Andressa de Lucca Bento

Equipe Técnica

Fauhber da Silva Cordeiro

Gabriel Valdes

José Hydemitsu Higa

Kassandhra Pereira Zolin

Luís Fernando Garcia da Silva

Saú Pereira Tavares de Oliveira

Rua Corveta, 141 | Carandá Bosque |CEP 79032-590 | Campo Grande/MS

E-mail: nev.pmcg@gmail.com | Fone/Whats: 67 **99189.3189**

SUMÁRIO

Resumo Executivo **5**

1. Natureza da demanda **6**

2. Método **7**

2.1 Questão de pesquisa 7

2.2 Critérios de inclusão 7

2.3 Definição da estratégia de busca e bases de dados 7

2.4 Seleção de evidências 8

2.5 Avaliação da qualidade metodológica 10

2.6 Extração de dados 10

3. Descrição do problema **11**

3.1 Conceito de evasão 11

3.2 Epidemiologia da evasão 11

3.2.1 Dados gerais 11

3.2.2 Dados Locais 13

3.3 Causas da evasão 14

3.4 Profissionais de saúde e evasão 15

3.5 Consequências da evasão 16

4. Opções de enfrentamento do problema **18**

OPÇÃO 1 – AVALIAÇÃO E MANEJO SISTEMATIZADOS DO RISCO DE FUGA DO PACIENTE 18

4.1.1 Descrição da intervenção 18

4.1.2 Benefícios da intervenção 18

4.1.3 Incertezas sobre a intervenção 18

4.1.4 Considerações para implementação local 18

OPÇÃO 2 – MAIOR AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE 19

4.2.1 Descrição da intervenção 19

4.2.2 Benefícios da intervenção 19

4.2.3 Incertezas sobre a intervenção 20

4.2.4 Considerações para implementação local 20

OPÇÃO 3 – INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ABORDAGEM PROFISSIONAL 21

4.3.1 Descrição da Intervenção 21

4.3.2 Benefícios da intervenção 21

4.3.3 Incertezas sobre a intervenção 22

4.3.4 Considerações sobre implantação local 22

OPÇÃO 4 - MEDIDAS RESTRITIVAS 23
4.4.1 Descrição da intervenção 23
4.4.2 Benefícios da intervenção 23
4.4.3 Incertezas sobre a intervenção 23
4.4.4 Considerações sobre implementação local 24
OPÇÃO 5 – INTERVENÇÕES PÓS EVASÃO 25
4.5.1 Descrição da intervenção 25
4.5.2 Benefícios da intervenção 25
4.5.3 Incertezas sobre a intervenção 25
4.5.4 Considerações sobre implementação local 25
5. Conclusão 27
6. Considerações finais 28
6.1 Limitações do estudo 28
6.2 Lacunas de conhecimento identificadas 28
6.3 Financiamento e conflito de interesses 28
7. Referências 29
APÊNDICE A – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS **32**

RESUMO EXECUTIVO

Natureza da demanda

A evasão de pacientes dos serviços de saúde mental pode ocasionar uma gama de consequências deletérias para pacientes, profissionais, serviços, familiares e comunidade. Diante desta questão, áreas técnicas relacionadas ao tema solicitaram ao NEV PMCG a reunião das melhores evidências científicas disponíveis acerca do problema para informar a tomada de decisão da gestão pública municipal.

Questão de pesquisa

"Quais os aspectos envolvidos na evasão de pacientes em tratamento de saúde mental nos serviços de saúde, e quais intervenções podem ser implementadas?"

Resultados

Foram identificadas 795 referências, sendo triadas através da avaliação do título, do resumo e por leitura de texto completo. Ao todo, 19 revisões foram incluídas, sendo 07 revisões sistemáticas e 12 revisões narrativas.

A literatura apresenta como principais causas da evasão de pacientes em serviços de saúde mental a sensação de "falha do tratamento" pelo paciente e de tolhimento do controle sobre a própria vida, com sua autonomia negada e exclusão da decisão terapêutica. O desejo de saída do ambiente também ocorre por questões próprias da internação como falta de privacidade, tédio, desconforto, ruídos, comida ruim e medo de outros pacientes. A saída por motivos pessoais também é abordada e ocorre quando desejam visitar dependentes, pagar contas, cuidar de familiares ou animais de estimação, entre outros.

As referências abordaram várias intervenções de enfrentamento da evasão, que foram agrupadas em cinco opções:

Opção 1 – Avaliação e manejo sistematizados do risco de fuga do paciente: avaliação de risco de fuga do paciente em uma ação multiprofissional organizada a partir de um protocolo estruturado e contextualizado;

Opção 2 – Maior autonomia e participação do paciente: direcionamento do manejo dos pacientes internados para maior autonomia dos mesmos, seja por proporcionar maior consideração às suas opiniões, seja pela indução de contato com pessoas e lugares externos às instituições onde estão internados;

Opção 3 – Instrumentalização da abordagem profissional: uso de ferramentas para desenvolvimento de vínculo e relações terapêuticas próximas ao paciente, manejo da raiva, da agressividade e da violência e aumento da vigilância/observação;

Opção 4 – Medidas restritivas: fechamento das enfermarias, instituição de enfermarias de isolamento, utilização de dispositivos de monitoramento (GPS) nos pacientes;

Opção 5 – Intervenções pós evasão: atividades realizadas pela equipe para reduzir potenciais danos em casos de fuga.

1. NATUREZA DA DEMANDA

A evasão de pacientes em tratamento de saúde mental dos serviços de saúde é preocupação constante entre profissionais, gestores e familiares. Um paciente que evade pode estar sujeito a uma gama de consequências deletérias para si e para outros.

É imperioso que haja protocolos de condutas terapêuticas, administrativas e jurídicas para manejo da situação. Diante desta questão, o Colegiado de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande - MS, através da Gerência de Segurança do Paciente, acionou diversas áreas técnicas da gestão em busca de informações para elaboração de tais protocolos.

Neste contexto, a Divisão de Medicina solicitou ao NEV PMCG a reunião das melhores evidências científicas disponíveis acerca do tema, afim de lançar luz à questão e informar a tomada de decisão da gestão pública municipal.

2. MÉTODO

Este estudo é uma síntese rápida de evidências – um condensado reduzido, focado e sem jargões científicos sobre um problema específico e as opções de enfrentamento do problema informada por evidências científicas[1]. Foi construído segundo princípios da Ferramenta SUPPORT e da *Diretriz metodológica: Síntese de Evidências para Políticas*, do Ministério da Saúde[1,2]. Também foram seguidos métodos recomendados pelo *Cochrane Rapid Reviews Method Group*[3], adotando atalhos metodológicos estudados e descritos por Haby *et al.*[4,5] para a elaboração de Revisões Rápidas.

2.1 Questão de pesquisa

"Quais os aspectos envolvidos na evasão de pacientes em tratamento de saúde mental nos serviços de saúde, e quais intervenções podem ser implementadas?"

A pergunta de pesquisa foi construída usando o acrônimo PF, onde "P" corresponde à população estudada e "F" ao fenômeno de interesse. Para esta pesquisa utilizou-se:

P: pacientes em tratamento de saúde mental

F: evasão dos serviços de saúde

2.2 Critérios de inclusão

As características das pesquisas incluídas nesta revisão foram definidas após leitura preliminar da literatura científica sobre o tema, visando delimitação da relevância, abrangência e utilidade dos estudos para responder à questão de pesquisa. Os artigos científicos selecionados atenderam aos critérios apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios de inclusão dos estudos

População	Abrange pacientes em tratamento de saúde mental Abrange pacientes em regime de observação ou internação Abrange pacientes adultos e pediátricos
Fenômeno	Abrange evasão de pacientes de serviços de saúde
Tipo de Estudo	Revisões sistemáticas Revisões narrativas
Período	Qualquer período
Publicação	Texto completo disponível

2.3 Definição da estratégia de busca e bases de dados

Foram elaboradas e executadas estratégias de pesquisa nos buscadores: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane Library, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Health Systems Evidence. Para bases de dados norte-americanas e europeias, foram utilizadas estratégias de pesquisa na língua inglesa; para bases latino-americanas, foram combinadas estratégias em inglês e português. Ao todo, 795 referências foram identificadas.

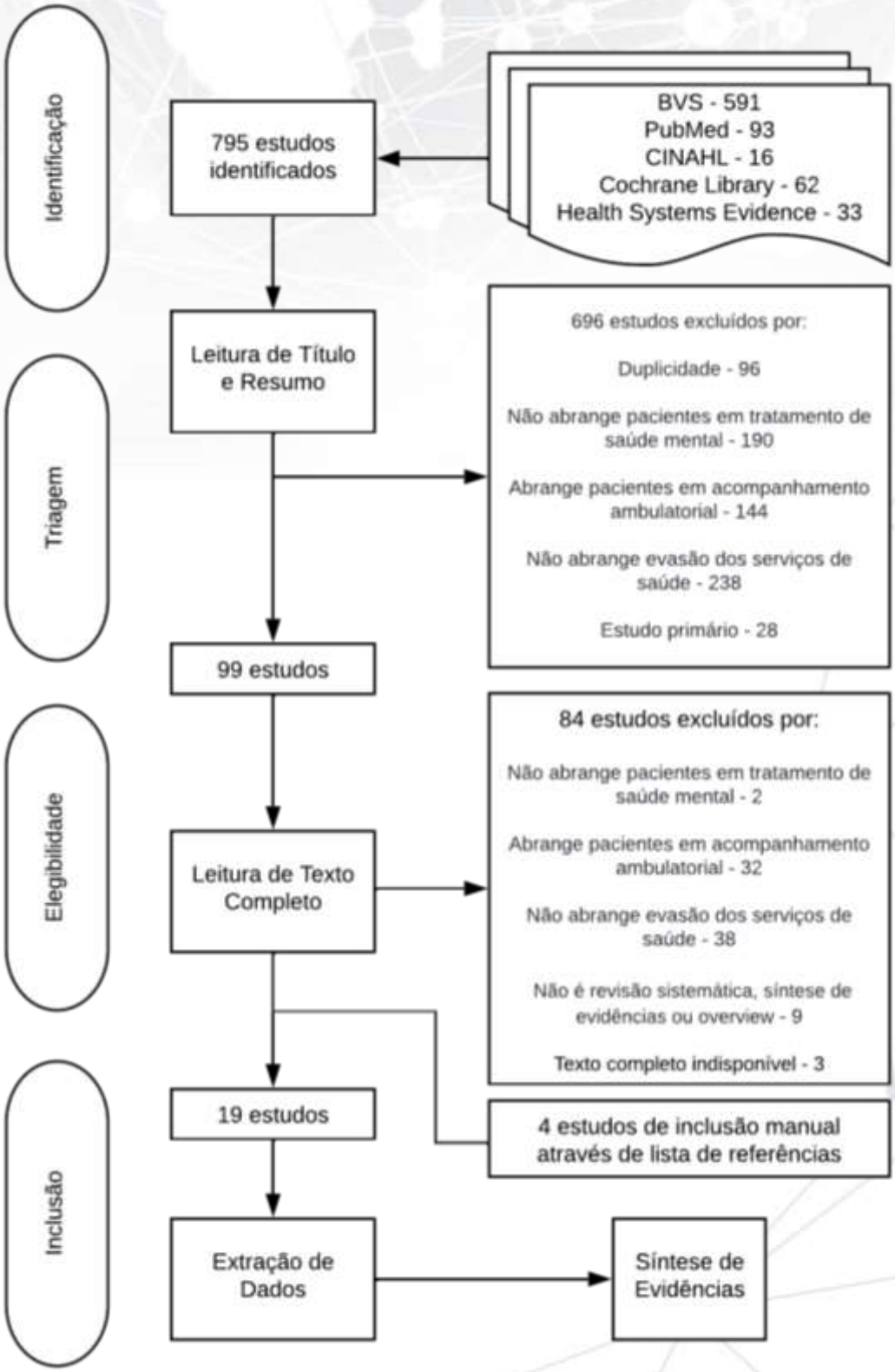
Quadro 2. Estratégias de busca e resultados em 22 de fevereiro de 2022

Base	Estratégia utilizada	N. de Achados
MedLine e demais bases (via PubMed)	("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "Psychiatry"[MeSH Terms] OR "Psychiatric"[Title/Abstract] OR "Psychiatry"[Title/Abstract]) AND ("patient dropouts"[MeSH Terms] OR "absconding"[Title/Abstract] OR "abscond"[Title/Abstract]) AND ("systematic review"[Publication Type] OR "systematic review"[Title/Abstract] OR "Review"[Title/Abstract])	93
LILACS e demais bases (via BVS)	(("mental health") OR ("Saúde mental") OR (psychiatr*) OR (psiquiatri*)) AND ((dropout*) OR (abscond*) OR ("pacientes desistentes do tratamento") OR (evasão) OR (fuga)) AND (type_of_study:("systematic_reviews" OR "sysrev_observational_studies" OR "policy_brief" OR "overview"))	591
Cochrane Library	#1- MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees #2- mental health #3- MeSH descriptor: [Psychiatry] explode all trees #4- Psychiatric #5- Psychiatry #6- #1 OR #2 0R #3 OR #4 OR #5 #7- MeSH descriptor: [Patient Dropouts] explode all trees #8- absconding #9- abscond #10- #7 OR #8 OR #9 #11- #6 AND #10 Filter: Cochrane Reviews	62
CINAHL	((MH "mental health"+) OR (TI "mental health" OR AB "mental health") OR (MH Psychiatry+) OR (TI Psychiatric OR AB Psychiatric) OR (TI Psychiatry OR AB Psychiatry)) AND ((MH "patient dropouts"+) OR (TI absconding OR AB absconding) OR (TI abscond OR AB abscond)) AND (PT "systematic review" OR (TI "systematic review" OR AB "systematic review") OR (TI Review OR AB Review))	16
Health Systems Evidence	(dropout* OR abscond*) AND (mental health OR psychiatr*)	33

2.4 Seleção de evidências

Todas as 795 referências encontradas foram triadas conforme os critérios de inclusão expostos no Quadro 1, através da avaliação do título e do resumo, sendo excluídos 696 artigos nesta fase. As 99 referências restantes foram avaliadas através da leitura de texto completo, com exclusão de 84 por não atenderem aos critérios de inclusão. Foram inseridos 4 novos estudos após identificação em listas de referências e buscas manuais. Ao todo, restaram 19 revisões para escrutínio, sendo 07 revisões sistemáticas[6–12] e 12 revisões narrativas[13–24]. O processo de seleção de evidências está descrito na Figura 1.

Figura 1. Flowchart de seleção de evidências



Fonte: Elaborado pelos autores

2.5 Avaliação da qualidade metodológica

A qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi avaliada utilizando a ferramenta AMSTAR-II[25]. Revisões narrativas não comportam este tipo de avaliação e, a *priori*, possuem elevado risco de viés pelo próprio desenho metodológico. A avaliação da qualidade foi realizada para contextualização das evidências, não determinando a elegibilidade dos estudos. A avaliação individual dos artigos está apresentada no APÊNDICE A.

2.6 Extração de dados

A ferramenta de extração de dados foi confeccionada através de consenso entre pesquisadores após etapa de seleção de evidências (leitura de texto completo). Os dados extraídos dos 19 estudos foram: autor, ano de publicação, tipo de estudo, objetivo da revisão, síntese geral do artigo, conceitos de evasão, dados epidemiológicos, causas e consequências da evasão, caracterização dos pacientes que evadem, fatores dos profissionais e dos serviços de saúde que influenciam na evasão, opções de enfrentamento ao problema, questões relacionadas às opções de enfrentamento e considerações sobre confiabilidade dos achados. Todas as informações são detalhadas no APÊNDICE A.

3. DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

3.1 Conceito de evasão

Há grande heterogeneidade de conceitos sobre evasão e a abordagem do tema foi bastante variável entre os diversos estudos[6,7,12,16,19]. Deste modo, foi considerado "evasão" tanto saídas não autorizadas do perímetro da unidade de internação, quanto o não retorno de uma licença de saída concedida pela equipe. No que tange o tempo de ausência, alguns estudos determinaram um prazo específico para consideração oficial de evasão, variando de uma a 72 horas, enquanto outros computaram a partir do momento da percepção da ausência pela equipe[7]. Houve estudos que consideraram o que podemos chamar de "alta a pedido" ou "desistência do tratamento" como evasão[7,12,14,16,18–20,22,23].

O Ministério da Saúde do Brasil elaborou um documento de padronização das nomenclaturas do censo hospitalar. Nele, a definição de **evasão** é apresentada como "a saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado". A **desistência do tratamento** é definida como "a saída do paciente do hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente". Ou seja, alta a pedido foi considerada sinônimo de desistência do tratamento[26].

Para o presente estudo, foi considerado que todos os conceitos acima englobam a problemática vivida no município, sendo todas as situações abordadas como evasão.

3.2 Epidemiologia da evasão

3.2.1 Dados gerais

A taxa geral de evasão de pacientes em serviços psiquiátricos variou entre 2,5 e 34%[10,18,19], porém com grande incerteza nos dados. A subnotificação foi apontada por alguns estudos como substancialmente grande, chegando a ser estimada em 50%[10,19]. Diferenças no conceito de evasão causam tanto variações nas ações das equipes de saúde quanto nos registros. Alguns serviços registram a fuga apenas quando os funcionários estão suficientemente preocupados[20,21], sendo comum que pacientes com baixa gravidade que fogem e retornam à unidade em curto período, ou após contato telefônico, não sejam notificados[16].

Diferentes estudos calcularam as fugas em relação ao total de pacientes internados, número de leitos, total de admissões e por tipo de unidade de saúde – fechada ou aberta, forense, para adolescentes, serviços de tratamento de adictos, transtornos alimentares, etc[10,16,21]. Excluindo os serviços psiquiátricos forenses e de adolescentes, a taxa média de evasão foi de 12,6% dos pacientes internados, com variação de 2% a 44%[16]. Em pacientes com transtornos alimentares, a taxa de abandono foi de 20 a 51%[23].

Em revisão sistemática com metanálise, a taxa de abandono de tratamento, discriminada por substância, em serviços de internação de pacientes adictos é de 53.5% para usuários de metanfetamina, 48.7% para usuários de cocaína, 46.8% para usuários de estimulantes em geral, 26.1% para usuários de álcool, 25.5% para usuários de tabaco e 25.1% para usuários de heroína[7].

Fugas repetidas são comuns, com até 69% dos pacientes fugindo mais de uma vez em unidades de portas abertas ao longo de 1 ano[18,21]. Um mesmo subgrupo de pacientes são responsáveis por um número desproporcionalmente grande de evasões, com 24% dos pacientes sendo responsáveis por 44% dos incidentes de fuga[19,21]. A duração mais comumente relatada da ausência foi de um dia ou menos[1,2,7,11].

As características dos pacientes evadidos são específicas para determinados períodos e contextos[19]. Em geral, as principais condições a serem analisadas, segundo os estudos incluídos são:

- **Idade:** diversos estudos apontaram relação entre a idade e o comportamento de fuga dos pacientes. A incidência de fuga tende a diminuir com o aumento da idade e há consenso entre os autores que a probabilidade de evasão é maior naqueles com menos de 40 anos[8,10,14,16,18,19,21].

- **Sexo:** as revisões (principalmente as narrativas) apontaram que pacientes do sexo masculino são os que mais evadem[10,14,16,19,21]. No entanto, a predominância de homens entre os foragidos pode apenas refletir a população típica de hospitais psiquiátricos[21]. Na primeira revisão narrativa sobre o tema (1998), dois dos três estudos em que mulheres fugiram mais também relataram que as mulheres constituíam a maioria dos pacientes[21]. Uma revisão sistemática de 2013 também mostra que essa pode não ser uma afirmação verdadeira, ou pelo menos, não para os pacientes em tratamento de adição[8]. Dos estudos incluídos, 52% investigaram a associação entre sexo e abandono de tratamento (64 estudos), e apenas 10 estudos relataram associações significativas. Destes, 05 concluíram que ser do sexo masculino predisse o abandono e os 05 restantes descreveram um maior risco de evasão para pacientes do sexo feminino[8].

- **Diagnóstico:** transtornos delirantes e abuso de substâncias parecem ser os fatores diagnósticos mais relacionados aos episódios de evasão[7–10,14,16,19,21]. Esquizofrenia e transtorno de personalidade são os diagnósticos mais relatados nos estudos[8–10,14,16,19,21]. Depressão maníaca, ansiedade e psicose induzida por drogas também foram citadas[8,21]. Os dados mais confiáveis vêm de estudos de caso-controle que apontam a psicose como provável fator diagnóstico associado à fuga[21]. O estado depressivo também é citado como indutor do abandono do tratamento, porém os autores discordam sobre o assunto[22].

- **Estado emocional e comportamental:** indivíduos que se sentem desempoderados, aprisionados, sem privacidade e/ou possuem algum descontentamento com a instituição de internação, com a equipe, com o ambiente físico, rotinas da instituição e/ou que discordam do tratamento proposto, que recusam tratamento ou manifestam desejo de sair são mais propensos à evadir[9,12,14,19]. É preciso estar atento também à histórico de fuga[10,14,19], episódios de violência[14], problemas em internações anteriores[14,19], uso excessivo de álcool[14,19] e história de abuso sexual[19]. São fatores ainda associados: quadros de agitação, paranoia, ansiedade, psicose, impulsividade, descontrole emocional, inclinação à desobediência e propensão a agir sob estresse[16,21,23]. Admissão recente também pode ser vista como um fator de risco para evasão, principalmente nos primeiros sete dias[10] até três semanas[14,18].

- **Condição social:** a maioria dos pacientes que evadem tendem a vir de grupos desfavorecidos dentro da sociedade[7,16,19]. Estudos com pacientes com vulnerabilidade financeira também mostraram altas taxas de abandono do tratamento[7], isto inclui estar desempregado[14,21] e sem residência fixa[19]. A condição forense também é relevante. Comprometidos com a justiça e em escolta policial podem ser mais propensos a fuga[10,14,19,21]. Em uma revisão sistemática, de 42 estudos que exploraram a relação entre o nível de educação e o abandono do tratamento da dependência química, apenas nove relataram associações estatisticamente significativas entre abandono e escolaridade, sendo a menor escolaridade um fator de risco[8].

- **Questões familiares:** pacientes fugitivos geralmente estão associados a problemas domésticos e/ou de relacionamento[14]. A maioria dos estudos primários analisados nas revisões não encontraram uma diferença estatística significativa quando observado o estado civil[8,21]; entretanto as poucas descobertas significativas sugerem que pacientes solteiros tiveram uma probabilidade maior de evadir[8,16,19,21].

3.2.2 Dados Locais

A rede de atenção à saúde psicosocial em Campo Grande é composta pelas Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros Regionais de Saúde (CRS), Centros de Atenção Psicosocial (CAPS), centros de atenção especializada e hospitais. No que tange à internação de pacientes em emergência psiquiátrica, a rede municipal organiza seu fluxo através de UPA/CRS, onde são prestados avaliação e atendimento inicial com regulação de leitos para CAPS e/ou hospitais. Nestes ocorre o tratamento definitivo, internação psiquiátrica e acompanhamento. Os pacientes também podem acessar a rede diretamente pelos CAPS.

A Coordenadoria da Rede de Atenção Psicossocial (CRAP/SESAU) realiza a vigilância de dados da rede através de um sala de situação, gerando informações e relatórios sobre ocupação, evasão, características dos pacientes e fluxo de leitos na rede. Segundo dados do primeiro semestre de 2021, o perfil de pacientes atendidos variou conforme tabela 1.

Tabela 1. Proporção (porcentagem mínima e máxima) de pacientes internados em UPA/CRS e CAPS em Campo Grande, por agravo, em 2021.

Agravo	UPA/CRS	CAPS
Uso abusivo de drogas	32 – 42%	33 – 38%
Tentativa de suicídio	20 – 34%	3 – 7%
Sintomas psicóticos	16 – 35%	37 – 43%
Sintomas depressivos	10 – 16%	5 – 14%
Sintomas ansiosos	1 – 2%	3 – 9%
Episódio maníaco	0 – 3%	4 – 7%
Sintomas neurológicos	0 – 1%	0 – 1%

Fonte: CRAP/SRAS/SESAU, 2022.

Podemos observar diferenças no perfil dos pacientes em cuidados nos UPA/CRS daqueles internados nos CAPS. Enquanto na rede de urgência predomina a internação por uso abusivo de drogas, nos CAPS o principal agravo é a apresentação de sintomas psicóticos. Ao mesmo tempo, tentativas de suicídio que dão entrada em UPAs não necessariamente culminam em internações no CAPS, sendo encerradas na rede de urgência por alta ou evasão.

Nos CAPS, a taxa de evasão mensal variou de 6% a 21% entre janeiro e novembro de 2021, totalizando 263 evasões no período – 15% de todos os pacientes admitidos. Destas, 171 (65%) ocorreram no CAPS AD, serviço especializado no acolhimento e internação de pacientes em uso abusivo de alcool e drogas.

Os UPAs/CRS apresentaram uma taxa de 40% de evasão de pacientes psiquiáticos em 2021, variando de 29 a 49% entre os meses de janeiro e dezembro de 2021. Não são coletados dados que qualifiquem o perfil destes pacientes. Entretanto, o perfil de pacientes atendidos na rede permite a hipótese de que um montante considerável dessas evasões seja de pacientes em abuso de drogas, sintomas psicóticos e, principalmente, tentativa de suicídio.

3.3 Causas da evasão

Desde 1962 os estudos sugerem que três ou quatro fatores atuam simultaneamente como gatilhos para evasão. A sensação de "falha de tratamento" pelo paciente esteve presente em 50% dos motivos relatados para evasão. Esta categorização abrangeu a relação médico/paciente, questões relacionadas à medicação e problemas relativos à sintomatologia ativa[16].

A sensação de tolhimento do controle da própria vida também é apontada como motivo de fuga. Esse sentimento é oriundo da exclusão do paciente sobre as escolhas realizadas no tratamento[12,15]. São elencados como fatores desencadeadores a discordância da necessidade de internação, ter a autonomia negada e sentimento de raiva após receber más notícias[12,14–16,19]. Em alguns casos, os pacientes reconheceram que estavam passando por dificuldades, mas não entendiam como a internação podia resolver seus problemas[10,12,14,16,19,21]. Pacientes que evadem podem estar almejando a sensação de independência e liberação de suas ações, além de uma diminuição da paranoia por não estar mais sob observação[16,19].

A evasão de forma oportunista é aquela em que os pacientes se aproveitam de eventos casuais e da redução de pessoal para fazer a tentativa de fuga. Há ainda pacientes "criadores de oportunidade", que planejam a evasão. Entretanto, o motivo destes pacientes não era percebido ou evidenciado a não ser o desejo de saída do ambiente hospitalar[12,15,16,21]. Isto ocorre devido às questões intrínsecas à internação, que pode ser percebida como entediante, estranha, estressante, volátil e claustrofóbica[12–14,16,19]. Fatores relacionados ao ambiente físico como ruído, temperatura, comida, decoração, falta de privacidade, medo de outros pacientes e abafamento podem tornar o ambiente intolerável[10,12–14,16,19]. Quanto à estrutura predial, não foi encontrada uma relação significativa. No entanto, em um estudo qualitativo, pacientes apontaram a altura da cerca/muro ao redor da unidade como um empecilho à fuga[10].

A fuga por motivos pessoais e sociais é multifacetada e engloba responsabilidades rotineiras, como verificar a segurança de sua propriedade, pagar contas, verificar dependentes, resolver problemas familiares, além de cuidar de animais de estimação[10,12,14,16,21]. Há também relatos de fugas influenciadas por outros pacientes, para obter álcool e para gastar dinheiro recentemente adquirido[16,21].

Nos serviços de saúde mental a evasão é um desafio a ser enfrentado pelas instituições. É necessário tomar decisões seguras relacionadas tanto ao comportamento quanto ao impacto potencial para o paciente e sociedade. Nestes casos, o paciente tem o tratamento interrompido, aumenta-se o estigma associado à doença mental e o serviço tem sua credibilidade questionada perante a sociedade civil que indaga sua efetividade e necessidade[12,19].

Diante dessa responsabilidade social percebe-se que quanto maior o risco percebido de fuga do paciente, mais restritiva é a estratégia de gestão, que pode incluir reclusão, trancamento de portas, aumento da observação e uso de contenção química; apesar dos estudos questionarem a efetividade dessas medidas e sugerirem que tais práticas podem exacerbar a sensação de impotência e aumentar o desejo de buscar a liberdade[12].

Muitos incidentes de fuga ocorreram quando os pacientes estavam fora da unidade, durante a transferência de uma unidade para outra ou durante uma saída temporária autorizada pela equipe[13,16,18]. Um estudo de 1966 relata que a maioria das fugas ocorreu quando foi permitido aos pacientes deixarem as enfermarias desacompanhados. Por outro lado, o mesmo estudo relatou que uma a cada cinco evasões ocorreram enquanto as enfermarias estavam trancadas, pacientes restritos à unidade e funcionários parados na porta[16].

Em hospitais de alta segurança e serviços forenses de saúde mental, grande proporção das fugas ocorrem quando os pacientes estão fora das unidades para fins como: reabilitação comunitária, idas ao tribunal, hospital ou prisão. Mesmo quando escoltados, os pacientes são capazes de inventar ou tirar vantagem de lapsos de segurança se estiverem determinados a fugir[16,20].

Em ambientes não forenses, a fuga normalmente ocorre com pacientes que conquistaram uma licença pela equipe e não retornaram conforme acordado. A violação das medidas de segurança não é característica desses pacientes[20]. Normalmente ocorre o retorno voluntário deste paciente após conversa dos profissionais de saúde ou após a pressão exercida pelos amigos, familiares, polícia, etc. Também foi relatado o retorno devido problemas de saúde ou por dificuldades físicas como fome, mal estar e necessidade de medicações[21].

Não ficou estabelecida uma hora do dia específica para maior ocorrência de fugas, porém os estudos perceberam uma tendência maior durante os fins de semana, especialmente aos sábados[14,16,21]. A quantidade de profissionais nesses dias geralmente é menor e ainda, motivações como encontros familiares e a observação de outros pacientes saindo com permissão da equipe podem influenciar para que as fugas aconteçam[21]. Nos períodos mais quentes do ano a probabilidade de evasão é maior[14,16,21].

3.4 Profissionais de saúde e evasão

Episódios de fuga causam raiva, ansiedade, constrangimento, sentimento de fracasso e culpa na equipe que presta assistência ao paciente[12]. Além disso, os estudos mostram que a maioria dos profissionais preocupam-se com o paciente fugitivo e ficam aliviados após o seu retorno[21].

A evasão de um paciente provoca uma série de processos de trabalho extra para a equipe, que deve colocar esforços para encontrar o mesmo, acionar autoridades, familiares, instâncias pertinentes e notificar o evento. Os estudos mostram que geralmente o profissional que observava o paciente é considerado culpado pela fuga e alguns profissionais referiram condutas institucionais punitivas. Apesar de preocupados com os fugitivos, os profissionais relatam que acionam a polícia principalmente para descartar potenciais alegações de negligência e não por acreditar que a medida seja efetiva na recuperação do paciente[21]. As consequências da evasão na equipe podem produzir efeitos profundos e levar a abordagens futuras mais restritivas[14].

Da perspectiva do paciente, o papel do enfermeiro não é claro e a complexidade na admissão, burocratização de rotinas e a falta de autonomia é atribuída a equipe de enfermagem. Estes fatores contribuem para a fuga dos pacientes, que inclusive, tem seus picos de ocorrência

durante a troca do plantão da equipe de enfermagem[10,12]. É possível que haja forte influência da conduta profissional na evasão, pois estudos antigos já aferiam maiores taxas de evasão para determinados médicos[16].

São condutas dos profissionais de saúde que podem influenciar a fuga dos pacientes: agir com hostilidade, criar clima de punição aos pacientes, manter enfermarias trancadas, não esclarecer os motivos da internação, não possibilitar ambiente de escuta e não esclarecer seu papel profissional diante dos cuidados aos pacientes[21]. A banalização das queixas dos pacientes é outra prática que os leva a fugir das unidades de saúde[15].

O risco de fuga dos pacientes é percebido de maneira diferente por enfermeiros e médicos psiquiatras. Observou-se que a precisão das previsões de risco de fuga por médicos de saúde mental é questionável, com algumas estimativas inferiores a 30% de acerto[10].

Uma revisão sistemática com metanálise (2019) estimou as taxas de abandono de tratamento de pacientes em abuso de drogas. O grau de instrução e os anos de experiência dos profissionais atuantes na assistência desses pacientes não foram fatores estatisticamente significantes. Há necessidade de mais estudos para avaliar a relação do tempo de experiência profissional e as taxas de abandono de tratamento[7]. Em contrapartida, uma revisão narrativa de 1968 aponta menores índices de evasão em equipes mais experientes[16].

É preciso que a equipe de saúde compreenda que a fuga é vista pelos pacientes como algo positivo e que por isso é necessário trabalhar em conjunto com os mesmos para entender, intervir e reduzir tal comportamento. Logo, devem ser levados em conta suas necessidades sociais, responsabilidades e compromissos fora do serviço de saúde. Constituem desafios a esta tarefa o uso de substâncias psicoativas e comportamentos agressivos. Ainda assim é importante encontrar um modo de envolvê-los na tomada de decisão, causando um impacto na admissão, internação e redução de fugas[12].

3.5 Consequências da evasão

A literatura relata várias consequências da evasão envolvendo danos aos pacientes, profissionais de saúde, terceiros e às instituições que prestam o cuidado de saúde mental. Entre os riscos ao paciente que evade, o suicídio é a consequência que apresentou mais enfoque nos estudos. A taxa média de suicídio após fuga variou de 20 a 30%, chegando a ser relatado 70% em um estudo primário[9,10,12,17,19,20,27]. Dos pacientes que fogem para se matar, 70 a 75% cometem suicídio imediatamente após a fuga[9]. Métodos violentos ocorreram em 65% dos casos consumados, que envolveram pular na frente de trens, bondes, tráfego rodoviário, prédios, enforcamento e afogamento[10]. Apesar de impactante, essa informação precisa ser vista com ressalva pois a comparação com o número de suicídios em pacientes que não fogem não foi apresentada[20].

Automutilação pode ocorrer em até 32% dos pacientes que fogem[12,20,21,27]. Uso de drogas, incluindo os casos de overdose, em 27%[10,12,20,21]. A evasão está associada também à interrupção do tratamento, com prevalência de 16% dos casos[12], e tem como efeito um aumento do tempo para controle dos sintomas psiquiátricos e do tempo de internação, além do risco de agravos decorrentes da autonegligência em cuidados de saúde e segurança em geral, podendo chegar à morte[10,12,27]. Estes pacientes podem se envolver em episódios de violência física ou sexual como vítimas ou autores[10,12,20,21,27], entretanto são ocorrências mais raras[12,21].

Os impactos dos eventos de fuga sobre as equipes de saúde incluem sentimentos de preocupação, culpa, raiva e ansiedade, sobretudo nos profissionais de enfermagem[10,14,17]. O risco de exposição à opinião pública ou sofrer ações legais contribuem para este impacto[14,27]. Os gastos de tempo, esforço e recursos das unidades de saúde mental e outros serviços de apoio como a polícia são apontados pelos estudos como prejuízos causados pelas evasões[12,17,19,27]. Fugas podem induzir às práticas assistenciais mais restritivas aos pacientes em geral, e principalmente aos pacientes que evadem, bem como menor assistência aos demais pacientes pelo direcionamento da atenção das equipes ao evento[12,19,21]. A redução da credibilidade dos serviços de saúde mental é outro impacto negativo em pacientes, familiares e na população em geral[10,12,14,27].

4. OPÇÕES DE ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

OPÇÃO 1 – AVALIAÇÃO E MANEJO SISTEMATIZADOS DO RISCO DE FUGA DO PACIENTE

Esta intervenção é relatada apenas nas revisões narrativas[18,19,21] e geralmente aparece como um dos itens de um pacote de intervenções. Este pacote, apesar de citado em três revisões[18,19,21], provém de um mesmo estudo experimental primário[28].

4.1.1 Descrição da intervenção

Envolve a avaliação de risco de fuga do paciente em uma ação multiprofissional organizada a partir de um protocolo estruturado e contextualizado. Tem função de identificar os pacientes com maior probabilidade de fuga, bem como os fatores mais importantes a serem observados, a fim de guiar a equipe para intervir sobre estes fatores.

Hearn e colaboradores (2012) propõem a aplicação do instrumento em uma avaliação multidisciplinar. Ou seja, ao admitir um paciente a equipe de plantão deve se reunir e preencher este formulário estruturado. Os autores não apresentaram o formulário, porém propõem uma divisão em três etapas. Na primeira avalia-se o perfil do paciente, e se suas características se encaixam no grupo com maior probabilidade de fuga. A segunda etapa deve conter as condutas que a equipe resolveu tomar a respeito. A terceira descreve as reações do paciente ao ser comunicado destas condutas. O documento deve ser assinado por todos presentes na avaliação[19].

4.1.2 Benefícios da intervenção

- Ajuda a padronizar a avaliação tendo em vista que uma análise subjetiva pode induzir a erros, por exemplo, médicos têm menos de 30% de acurácia na avaliação de risco de fuga sem um instrumento padronizado[10].

- O pacote de intervenção aplicado reduziu a evasão em até 25%[18,19,21].

4.1.3 Incertezas sobre a intervenção

- Não foi identificado estudo de validação do instrumento criado e apresentado por Hearn e colaboradores (2012)[19].

4.1.4 Considerações para implementação local

É possível que a intervenção coloque uma carga extra de burocracia nos processos de trabalho já instituídos na rede. Entretanto sua implantação pode automatizar e sistematizar o raciocínio terapêutico e a atenção a este problema. Um instrumento padronizado ajudará a equipe a equilibrar os esforços de prevenção à evasão para os pacientes em maior risco.

Para implantação do mesmo em Campo Grande, é preciso que um instrumento seja criado ou adaptado de outros já existentes. Mesmo assim, o perfil de pacientes internados e que evadem precisa ser traçado com informações locais. Isto envolve direcionar e sistematizar as informações coletadas pelos profissionais no momento da fuga, ou seja, na notificação da evasão, bem como a operacionalização de uma análise destes dados por uma equipe gestora colegiada que deverá avaliar e aprimorar este instrumento continuamente.

OPÇÃO 2 – MAIOR AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE

Esta intervenção é composta por sete ações descritas em três revisões sistemáticas[6,10,11] e sete revisões narrativas[13–16,18–20]. Estas ações são:

- Priorizar tratamento conforme preferências dos pacientes[6,13,16];
- Fazer combinados que tragam vantagem aos pacientes com bom comportamento[11,16,21];
- Incentivar contato com amigos e familiares (contato social facilitado)[10,18,21];
- Autorizar saídas temporárias[10,14,19,21];
- Comunicar claramente as regras locais no momento da internação[15,19];
- Promover atividades de grupo centradas no usuário (psicoterápicas ou não)[16,21];
- Fomentar regimes de Hospital-dia e altas precoces[16,21].

4.2.1 Descrição da intervenção

Todas estas ações têm em comum o direcionamento do manejo dos pacientes internados para maior autonomia dos mesmos, seja por proporcionar maior consideração às suas opiniões, seja pela indução de contato com pessoas e lugares externos às instituições onde estão internados.

4.2.2 Benefícios da intervenção

- Priorizar tratamento conforme preferências dos pacientes: uma revisão sistemática relata que houve redução significativa nas taxas de abandono do tratamento, desenvolvimento de vínculos terapêuticos mais fortes e melhora do engajamento nas intervenções psicológicas[6]. Uma revisão narrativa indica redução de práticas coercitivas, como reclusão[13]. O pacote de intervenções que inclui esta ação apresentou 50% de redução das fugas[16,21].

- Fazer combinados que tragam vantagem aos pacientes com bom comportamento: a redução de fugas pode alcançar 50% com esta intervenção[13,16,21]. É uma abordagem de longo prazo também usada para reduzir agressões, mais particularmente, a automutilação[11].

- Incentivar contato com amigos e familiares (contato social facilitado): diminuição de 25% nas fugas[10,18,21]. Há relatos de que a frequência de trancar portas também foi reduzida[18].

- Autorizar saídas temporárias: é útil para avaliar a estabilidade do estado mental, informar a avaliação de risco e promover a reabilitação e recuperação fora dos limites do hospital. Após quatro anos da implantação desta prática, não houve fugas ou evasões bem sucedidas e houve maior sensibilização dos profissionais para as questões de segurança após treinamento em um hospital de segurança média no Reino Unido[14]. Compondo um pacote de ações, apresentou 50% de redução nas fugas[21].

- Comunicar claramente as regras locais no momento da internação: fazendo parte de um pacote de intervenções, apresentou 25% de redução nas fugas[19].

- Promover atividades de grupo centradas no usuário (psicoterápicas ou não): proporcionou 50% de redução das taxas de evasão em dois estudos[16,21].

- Fomentar regimes de Hospital-dia e altas precoces: como parte de um pacote, altas precoces com acompanhamento intensivo proporcionaram 50% de redução de fugas. A implantação de um sistema de Hospital-dia com leitos de retaguarda promoveu 54% menos evasões[16,21].

4.2.3 Incertezas sobre a intervenção

- Ações que compõem pacotes de intervenções não permitem aferir o real impacto quando realizadas isoladamente[10,16,18–21]. Os estudos primários que pesquisaram estas ações são, em sua maioria, antigos, com fragilidades metodológicas e alto risco de viés[6,10,11,13–16,18–20].

4.2.4 Considerações para implementação local

Ações similares às descritas já são realizadas de forma orgânica, esporádica e não sistematizada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campo Grande-MS. Entretanto, para obtenção de melhores resultados, é necessária a sistematização e institucionalização de tais ações dentro da rotina dos serviços e sua gestão. A elaboração de impressos, protocolos, métodos de auditoria e educação permanente podem auxiliar na garantia de padronização da assistência.

OPÇÃO 3 – INSTRUMENTALIZAÇÃO DA ABORDAGEM PROFISSIONAL

Esta intervenção é relatada em três revisões sistemáticas[9–11] e seis revisões narrativas[13,16,18–21]. Sendo apresentado em intervenções que foram aferidas isoladamente ou fazendo parte de um pacote que busca a redução de evasão dos serviços de saúde mental. As ações referidas são:

- Aumentar vigilância/observação[9–11,16,18–21];
- Desenvolver vínculo e relações terapêuticas próximas ao paciente[10,12,13,15,19,21];
- Manejar a raiva, agressividade e violência[10,11,18,19,21];
- Abordar, avaliar e tomar decisões de forma multiprofissional e interprofissional[18,19,21].

4.3.1 Descrição da Intervenção

Aumentar a vigilância/observação se refere às estratégias que buscam observação constante ou especial. São relatados como exemplo a checagem de hora em hora da presença dos pacientes e a supervisão constante da equipe de enfermagem[9–11].

É enfatizada a utilização desta medida principalmente em momentos de redução de pessoal, como em períodos noturnos, finais de semana, durante transferências ou intercorrências com outros pacientes, especialmente em áreas isoladas ou não supervisionadas (banheiros e quartos individuais)[9]. Além das estratégias de observação dos pacientes, é proposto instituir um livro de registro sobre a entrada e saída dos pacientes, com confirmação da permanência dos pacientes de hora em hora na unidade[10,18,20,21].

A intervenção aborda modelos de cuidado, programas ou protocolos que incluam ações de estreitamento do diálogo entre a equipe e os pacientes. São manejados os problemas que impulsionam as fugas, considerando a singularidade e a clínica do paciente, além das circunstâncias locais[13].

A educação em saúde é estratégia importante nesta intervenção, pois proporciona mais proximidade e coloca membros da equipe em papel de tutoria e consequente ponto de apoio ao paciente[12], tonando-se referência para solução de problemas e proximidade para realizar discussões pós-incidentes de fugas[18,19,21].

O uso de medidas e manejo para diminuir ou evitar a “escalada de agressividade” e a reduzir a tensão também é parte importante desta opção[11]. É orientada a adoção de comunicação cuidadosa e solidária de más notícias aos pacientes[10,18,19,21], interrogação após agitação ou outras altercações e, quando necessário, contenção química e física[10]. Ela também envolve o uso de técnicas verbais para acalmar o paciente, observando sinais e sintomas de raiva e agitação[11,18,19,21].

4.3.2 Benefícios da intervenção

- A padronização da vigilância/observação permite a detecção em tempo hábil de possíveis fugas, para que a equipe possa atuar e reduzir danos ao paciente, família e comunidade[19].

- Baixo custo por se tratarem de tecnologias leves[10,18,19,21].

- Os estudos que utilizaram estas ações em conjunto com outras, aferiram reduções de 25% a 50% da evasão[10,16,18–21].

4.3.3 Incertezas sobre a intervenção

- Esta opção não foi descrita pelos estudos de maneira detalhada, não constando informações sobre quantitativo de equipe, necessidade de adaptações da estrutura física ou tecnologias utilizadas[9–11].

- A vigilância/observação aumentada pode propiciar um ambiente de enfermaria volátil e depressão associada à falta de liberdade do paciente, bem como maiores níveis de agressões e de automutilação[20].

- Podem haver fatores confundidores interferindo na magnitude dos efeitos. Por se tratar de intervenções componentes de um grupo, sua aferição de eficácia fica comprometida, sobretudo por se tratarem de estudos observacionais[10,18,19,21].

4.3.4 Considerações sobre implantação local

Para implantação desta opção no contexto local, pouca tecnologia dura é necessária. A estratégia tem alta factibilidade desde que compreendida e adotada pelos profissionais. Portanto, atividades de treinamento e educação continuada devem ser implementadas de modo a instrumentalizar a abordagem da equipe.

OPÇÃO 4 - MEDIDAS RESTRITIVAS

As medidas de restrição envolvem principalmente três ações:

- Trancar portas da enfermaria[9–13,15–17,20,21,24];
- Instituir enfermarias de isolamento[10,11];
- Utilizar dispositivos de monitoramento (GPS) nos pacientes[12,14].

A enfermaria de isolamento é relatada em duas revisões sistemáticas[10,11]. Em uma delas, os autores abordaram o tema brevemente na introdução do texto dando apenas um conceito singelo e sintético[11]. Outra revisão indica que "observação redobrada, isolamento, contenção química e física" são estratégias importantes para prevenir evasão[10].

Trancar portas da enfermaria é relatada em quatro revisões sistemáticas[9–12] onde os autores citaram diferentes fontes de dados primários e sete revisões narrativas[13,15–17,20,21,24], onde três estudos citam a mesma fonte de dados primários.

A utilização de dispositivos de monitoramento (GPS) foi citada em uma revisão sistemática[12] onde os autores apenas citaram a opção, não discorrendo sobre o tema. Apenas uma revisão narrativa discorreu sobre esta opção[14].

4.4.1 Descrição da intervenção

Medidas de restrição física referem-se ao ato de manter o paciente com a mobilidade limitada. Considera-se que esta medida deve abranger três elementos distintos: contenção, separação dos outros pacientes e redução dos estímulos sensoriais. Vale dizer que tal estratégia surge dentro de um contexto de crises agudas psiquiátricas, onde o desafio é manter a segurança do próprio paciente, proporcionando a ele um ambiente seguro e terapêutico[11].

4.4.2 Benefícios da intervenção

- O isolamento pode amenizar a agitação de um paciente perturbado, afastando-o de estímulos externos, assim como pode proporcionar um cuidado de maior qualidade e supervisão de seu comportamento[11].

- Acredita-se que a intervenção “portas trancadas” limita a fuga de pacientes, visitas indesejadas, roubo, contrabando de substâncias ilegais e ajuda a mudar o foco da equipe de monitoramento do paradeiro do paciente para envolvimento em atividades terapêuticas[24].

- A licença de saída acompanhada de dispositivo de monitoramento (GPS) resultou em diminuição de fuga e aumento na capacidade de conceder licenças[12].

4.4.3 Incertezas sobre a intervenção

- As evidências são limitadas sobre os benefícios de manter os pacientes trancados[13].

- O estudo primário que dispõe sobre esta estratégia da enfermaria de isolamento é antigo e data do ano 1978[11].

- Pacientes afirmam ser desanimador ficar a portas trancadas, com a sensação de estarem presos e confinados. Relatam sentirem-se subjugados pelo poder da equipe sobre eles[24].

- Enfermarias trancadas violam o direito à liberdade segundo a "Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com incapacidade" no que tange à liberdade e segurança da pessoa[17]. Além disso no Brasil deve-se observar a lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe

sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (reforma psiquiátrica)[29].

- O chip de monitoramento (GPS) pode contribuir para o estigma de tratar os pacientes de saúde mental como criminosos[14].

4.4.4 Considerações sobre implementação local

No contexto local atual, as medidas restritivas de pacientes em surto ocorrem com contenção no leito (mecânica e química) e eventualmente com mudança de enfermaria para diminuição de estímulos sensoriais[11]. Medidas restritivas requerem um esforço maior da equipe tanto no momento da restrição quanto no monitoramento das necessidades e do estado de saúde da pessoa doente[14]. Isto pode requerer um efetivo maior de trabalhadores, bem como treinamentos específicos de qualificação da prática de maneira técnica e ética, com atenção ao paciente e seus familiares. Esta abordagem também pode influenciar a maneira como os demais pacientes e acompanhantes enxergam os serviços[17]. O ato de permanecer com as portas fechadas deve ser baseado em justificativa clínica plausível, não sendo permitido utilizar este dispositivo por conveniência da equipe[17].

OPÇÃO 5 – INTERVENÇÕES PÓS EVASÃO

As intervenções são descritas em uma revisão narrativa[19] e uma revisão sistemática[10], sendo apresentadas em conjunto em um pacote de intervenções que inclui:

- Buscar contato com familiares para encorajar o retorno do paciente;
- Telefonar para a casa do paciente;
- Entrar em contato com a polícia local, fornecendo dados e fotos do paciente que possam auxiliar nas buscas;
- Estimular o contato entre profissionais de saúde dos serviços da área de abrangência.

4.5.1 Descrição da intervenção

São atividades realizadas pela equipe para reduzir potenciais danos em casos de fuga[19]. O procedimento deve ser multiprofissional e interinstitucional, onde os profissionais responsáveis entram em contato com a polícia, os familiares do paciente e a gestão do serviço. A unidade de saúde deve fornecer à polícia fotos e informações sobre o paciente evadido[30]. Além de contatar outros possíveis atores e apoiadores na busca e retorno do paciente em fuga, intervenções como procura pelo paciente na área do serviço de saúde, notificação e documentação do ocorrido são elencadas como ações necessárias após uma evasão[10].

4.5.2 Benefícios da intervenção

- Otimizar a busca pelos pacientes que evadem[10,19];

- Reduzir potenciais danos que o paciente possa provocar a si mesmo ou a outros, em casos de fuga[19];

- Assegurar técnica, administrativa e juridicamente a conduta dos profissionais.

4.5.3 Incertezas sobre a intervenção

- O fluxo interinstitucional de informações à polícia ou demais instituições pertinentes nem sempre é viável, uma vez que necessita de consentimento documentado prévio do paciente (assinatura de termo)[30].

- As ações compõem um pacote, portanto seus efeitos não foram aferidos isoladamente;

4.5.4 Considerações sobre implementação local

O processo de entrar em contato com familiares e polícia local já é instituído na micropolítica do trabalho nas unidades de saúde mental, entretanto criar fluxos, pacotes e protocolos sistematizados podem padronizar e facilitar as ações após uma evasão.

Em relação às informações sobre os pacientes, podem ser utilizados os sistemas disponíveis na SESAU (Hygia, e-SUS, CORE, etc). Entretanto, compartilhar dados dos pacientes com outras instituições necessitaria de acordos e regulamentações interinstitucionais e anuência do paciente e/ou familiares responsáveis.

Desse modo é possível criar ou adaptar em Campo Grande, um protocolo pós evasão com as ações indicadas anteriormente, considerando o contexto local, visto que contato telefônico com familiares e polícia, disponibilização de informações sobre os pacientes, ações multiprofissionais com pacientes internados, notificação e documentação da evasão não são ações distantes do

modo de funcionamento das unidades de urgência e de saúde mental. O estabelecimento de fluxos claros e bem delineados ajudaria na padronização das ações, com o aumento da segurança profissional, além da melhoria no monitoramento e avaliação do problema e das políticas implementadas.

5. CONCLUSÃO

Ainda que algumas revisões sejam relativamente recentes, os estudos primários incluídos são, em sua maioria, bastante antigos, realizados há mais de 20 anos e elaborados em instituições de internação análogas aos manicômios judiciais. A qualidade metodológica destes estudos primários é predominantemente baixa, com poucos estudos clínicos com cegamento, randomização de amostra ou grupo controle.

A literatura apresenta como principais causas da evasão de pacientes em serviços de saúde mental a sensação de "falha do tratamento" pelo paciente e de tolhimento do controle sobre a própria vida, com sua autonomia negada e exclusão da decisão terapêutica. O desejo de saída do ambiente também ocorre por questões próprias da internação como falta de privacidade, tédio, desconforto, ruídos, comida ruim e medo de outros pacientes. A saída por motivos pessoais também é abordada e ocorre quando desejam visitar dependentes, pagar contas, cuidar de familiares ou animais de estimação, entre outros.

É importante ressaltar que a conduta dos profissionais influencia nos índices de evasão, principalmente quando há comportamentos hostis, clima de punição aos pacientes, enfermarias trancadas, não esclarecimento dos motivos da internação, falta de ambiente de escuta e indefinição dos papéis de cada profissional. É preciso que a equipe de saúde compreenda as necessidades dos pacientes, trabalhando em conjunto com os mesmos para intervir no comportamento de fuga.

As referências abordaram várias intervenções de enfrentamento da evasão, que foram agrupadas em cinco opções:

- Opção 1 – Avaliação e manejo sistematizados do risco de fuga do paciente
- Opção 2 – Maior autonomia e participação do paciente
- Opção 3 – Instrumentalização da abordagem profissional
- Opção 4 – Medidas restritivas
- Opção 5 – Intervenções pós evasão

O perfil dos pacientes que evadem deve ser traçado localmente, pois varia de acordo com o contexto. Os artigos indicam que têm mais propensão a evadir pacientes jovens, recém admitidos, com transtornos delirantes e/ou abuso de substâncias. Em Campo Grande, estas características ainda não são aferidas detalhadamente. Entretanto, dados do perfil geral dos pacientes atendidos corroboram com a literatura ao apontar que mais atenção deve ser dada aos casos de abuso de drogas, sintomas psicóticos e risco de suicídio.

No âmbito da evasão, o suicídio foi a consequência que apresentou mais enfoque nos estudos, com taxas de atos consumados após fuga de 20 a 30%. Destes, 70 a 75% ocorreram imediatamente após a evasão. Diante da gravidade do problema é imperioso salientar que, no contexto local:

- A tentativa de suicídio é a segunda maior causa de atendimento psiquiátrico na rede de urgência e emergência, variando de 20 a 34%;
- A taxa de evasão nestes serviços pode chegar a cerca de 50%;
- A proporção de pacientes internados por tentativa de suicídio nos CAPS é relativamente baixa, principalmente em comparação com os atendimentos na urgência;
- A literatura aponta um grave risco na perda de seguimento destes pacientes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Limitações do estudo

Trata-se de uma resposta rápida adotando atalhos metodológicos explícitos para produção de conhecimento em tempo adequado ao apoio decisório da gestão pública em saúde. As pesquisas no tema estudado são escassas, antigas e de baixa qualidade metodológica. Pode haver outros estudos não identificados por esta revisão que afetem sua conclusão.

6.2 Lacunas de conhecimento identificadas

É necessária a geração de novos conhecimentos sobre o fenômeno das evasões dos serviços de saúde sob a forma de:

- Estudos transversais com as características clínicas, sociais e demográficas dos pacientes que evadem;
- Estudos qualitativos com pacientes, familiares e profissionais de saúde abordando experiências, expectativas e percepções acerca das causas e consequências da evasão;
- Ensaios aleatorizados com grupo controle comparando a efetividade de intervenções de enfrentamento à evasão com os cuidados usuais praticados.

6.3 Financiamento e conflito de interesses

Os autores possuem vínculo estatutário com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. Os mesmos declaram isenção e imparcialidade no desenvolvimento desta síntese rápida, aferíveis pela transparência no relato dos passos executados e pela reprodutibilidade do método. O estudo não possui financiamento específico.

7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Diretriz metodológica: Síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília; 2020 [cited 2021 Sep 27]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf

2. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Heal Res Policy Syst [Internet]. 2009 Dec 16;7(S1):I1. Available from: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-I1

3. Garritty C, Gartlehner G, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B, Stevens A, et al. Interim guidance from the cochrane rapid reviews methods group. Cochrane Rapid Rev [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 27];2020(March):1–2. Available from: https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf

4. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. What are the best methodologies for rapid reviews of the research evidence for evidence-informed decision making in health policy and practice: a rapid review. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2016 Dec 25;14(1):83. Available from: http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0155-7

5. Haby MM, Chapman E, Clark R, Barreto J, Reveiz L, Lavis JN. Designing a rapid response program to support evidence-informed decision-making in the Americas region: using the best available evidence and case studies. Implement Sci [Internet]. 2015 Dec 18;11(1):117. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0472-9

6. Windle E, Tee H, Sabitova A, Jovanovic N, Priebe S, Carr C. Association of Patient Treatment Preference With Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions. JAMA Psychiatry [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Feb 25];77(3):294. Available from: /pmc/articles/PMC6902231/

7. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. Addiction [Internet]. 2019 Feb 6;115(2):201–17. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.14793

8. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. Clin Psychol Rev [Internet]. 2013 Dec;33(8):1010–24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007

9. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. J Nerv Ment Dis [Internet]. 2010 May;198(5):315–28. Available from: https://journals.lww.com/00005053-201005000-00001

10. Muir-Cochrane E, Mosel KA. Absconding: A review of the literature 1996-2008. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2008 Oct [cited 2022 Feb 18];17(5):370–8. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2008.00562.x

11. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2006 Jul 19 [cited 2022 Feb 17];(3). Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002084.pub2

12. Voss I, Bartlett R. Seeking freedom: A systematic review and thematic synthesis of the

literature on patients' experience of absconding from hospital. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2019 Nov 23 [cited 2022 Feb 17];26(9–10):289–300. Available from: https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12551

13. Gill NS, Parker S, Amos A, Lakeman R, Emeleus M, Brophy L, et al. Opening the doors: Critically examining the locked wards policy for public mental health inpatient units in Queensland Australia. Aust New Zeal J Psychiatry [Internet]. 2021 Sep 23;55(9):844–8. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00048674211025619

14. Kasmi Y, Brennan D. Developing a patient leave request form for a secure setting. Ment Heal Pract [Internet]. 2015 Feb 10;18(5):30–5. Available from: http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/mhp.18.5.30.e907

15. Alexander J, Bowers L. Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2004 Oct;11(5):623–31. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2004.00770.x

16. Bowers L, Jarrett M, Clark N. Absconding: A literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 1998 Oct;5(5):343–53. Available from: http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2850.1998.00149.x

17. McSherry B. Locked mental health wards: the answer to absconding? J Law Med [Internet]. 2014 Sep;22(1):17–21. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25341316

18. Fletcher J, Sutherland G, Brophy L, Kinner SA. Least restrictive practices in acute mental health wards including consideration of locked doors : A literature review and recommendations for future practice. 2014;(May). Available from: https://minerva-access.unimelb.edu.au/bitstream/handle/11343/52598/Least Restrictive Care Literature Review and recommendations for the future Final %281%29.pdf?sequence=6&isAllowed=y

19. Hearn D, Ndegwa D, Norman P, Hammond N, Chaplin E. Developing the leave/abscond risk assessment (LARA) from the absconding literature: an aide to risk management in secure services. Chaplin E, editor. Adv Ment Heal Intellect Disabil [Internet]. 2012 Nov 16;6(6):280–90. Available from: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/20441281211285919/full/html

20. Stewart D, Bowers L. Absconding and locking ward doors: evidence from the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2011 Feb;18(1):89–93. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2010.01622.x

21. Stewart D, Bowers L. Absconding from psychiatric hospitals : a literature review. Inst Psychiatry Maudsley. 2010;SE5(November):3.

22. Wallier J, Vibert S, Berthoz S, Huas C, Hubert T, Godart N. Dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: Critical review of the literature. Int J Eat Disord. 2009;42(7):636–47.

23. Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. BMC Psychiatry [Internet]. 2009 Dec 9 [cited 2022 Feb 25];9(1):67. Available from: /pmc/articles/PMC2765944/

24. Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K. Locked doors in acute inpatient psychiatry: A literature review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009;16(3):293–9.

25. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ [Internet]. 2017 Sep 21 [cited 2022 Jan 11];358:j4008. Available from: https://www.bmj.com/content/358/bmj.j4008

26. Brasil. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar [Internet]. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2002. 32 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf

27. Clark N, Kiyimba F, Bowers L, Jarrett M, Mcfarlane L. 4. Absconding: Nurses views and reactions. Vol. 6, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1999. p. 219–24.

28. Bowers L, Simpson A, Alexander J. Real world application of an intervention to reduce absconding. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(5):598–602.

29. BRASIL. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 [Internet]. 2001 [cited 2022 Feb 17]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

30. Nichols T. Absconding from secure units: a review and description of an 'absconding pack' — implications for wider use. J Ment Heal Training, Educ Pract [Internet]. 2007 Sep 1;2(2):22–7. Available from: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17556228200700010/full/html

APÊNDICE A – TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Windle *et al.*, 2020[6]	Sistemática com Metanálise	Avaliar se existe associação entre o paciente - que faz o tratamento de acordo com suas preferências - seu abandono e, se há alteração em seus desfechos clínicos através de intervenções psicológicas ou sociais.	Houve busca sistemática em julho de 2018 nas 7 bases de dados: Cochrane Library, Embase, PubMed, PsychINFO, Scopus, Web of Science e Nice HDAS (Health Care Databases Advanced Search). Foram incluídos apenas ensaios clínicos randomizados (ECR), 34 ao todo, publicados de 1999 a 2017. No entanto, 5 ECRs não entraram para o artigo por falta de registros importantes, totalizando 29 ECRs incluídos para metanálise. Os 29 ECRs foram realizados nos EUA (17), Reino Unido (3), Holanda (3), Alemanha(2) , Nova Zelândia (1) , Canadá (1), Austrália (1), Itália(1). Quanto à qualidade metodológica 29 estudos (85%) apresentaram alto risco de viés e os outros 5 estudo foram classificados como pouco claros (15%). Um total de 19 estudos (56%) relatou cegamento dos avaliadores e 28 estudos (82%) relataram randomização adequada para os participantes. Sete estudos (21%) relataram altas taxas de desistência, o que levaria a dados incompletos de desfecho. Esta revisão envolveu 5.294 participantes com algum diagnóstico de distúrbio mental (ansiedade, depressão, pânico, abuso de álcool e outras substâncias). Os grupos foram randomizados em três grupos: os pacientes que eram randomizados após ser questionados sobre sua preferência, os pacientes que eram randomizados para um braço do estudo e os pacientes que se negavam a ser randomizados e eram enviados aos grupos de sua escolha. Na maioria das vezes era impossível cegamento de médicos e participantes. O resultado da metanálise descobriu que receber tratamento de saúde mental conforme as preferências do cliente (ou seja, quando ele toma decisões em conjunto sobre o seu tratamento e tem mais autonomia sobre as escolhas) diminui as taxas de abandono de tratamento, melhora o seu engajamento sobre as intervenções psicológicas, e ainda melhora do vínculo terapêutico com o profissional. Esses achados fomentam a implantação das preferências do paciente em serviços de saúde mental em vistas de maximizar a aceitação e reduzir o abandono e desengajamento.	Poucos estudos deram uma definição clara de abandono na revisão, com pouca concordância entre eles. Essa variação explica, em partes, a heterogeneida de observada nesses estudos da metanálise.	1- Tratamento estabelecido conforme as preferências do paciente	Quando o tratamento foi estabelecido conforme as preferências do paciente não houve associação significativa de melhora na frequência de comparecimento às consultas. Quando o tratamento se estabelece conforme as preferências do paciente houve melhora significativa nas taxas de abandono do tratamento. Tratamento conforme as preferências do paciente está associado a vínculos terapêuticos mais fortes. Não foi encontrada associação significativa entre preferência de tratamento e satisfação com o tratamento. Nenhuma associação significativa entre a preferência de tratamento e as taxas de remissão clínica foi encontrada É possível que, no grupo de doenças mentais graves, a preferência pelo tratamento teve uma associação mais fraca com os desfechos clínicos. O tratamento estabelecido conforme as preferências do paciente melhoram o engajamento do mesmo sobre as intervenções psicológicas.	É questionável a utilização de ensaios clínicos randomizados como método quando o paciente escolhe o tipo de tratamento que vai receber. Alguns pacientes podem não estar dispostos a participar do ensaio quando são randomizados.	Baixa

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Causas da evasão	Consequências da evasão
Voss; Bartlett, 2019[12] (continua)	Sistemática	Identificar e revisar evidências relativas à experiência de pacientes que fogem do hospital, e elencar as razões para fazê-lo.	Os autores realizaram uma busca sistematizada nas bases de dados científicos CINAHL, MEDLINE, PsycINFO e à Biblioteca Cochrane. Foram incluídos 08 estudos primários (observacionais, experimentais e qualitativos), sendo 03 do Reino Unido, 02 da Austrália e 03 do Canadá que sumarizaram aspectos relacionados à evasão dos serviços de psiquiatria de 1986 à 2018. A revisão aborda o conceito de evasão, suas causas, consequências e as características dos pacientes e o método utilizado para a fuga, além de estratégias para diminuir a incidência do problema, com estudos realizados em serviços de internação, incluindo enfermarias de internações agudas, enfermarias de tratamento de curta e longa permanência e serviços forenses. A revisão sistemática foi publicada em 2019 destacando que muitas das razões que levam os pacientes a evadirem, são compreensíveis e podem ser combatidas pela equipe de saúde, porém assume que a qualidade da evidência é limitada, além disso observa-se risco de viés ou influência dos pesquisadores nos processos de pesquisa. Portanto a confiança nos achados é baixa.	A fuga é um assunto de difícil conceituação, pois existem diferentes definições devido as variações nos relatórios apresentando uma barreira metodológica aos pesquisadores. Por exemplo, Dickens e Campbell (2001) não especificam um prazo, eles simplesmente dizem que considera-se evasão, “quando o paradeiro de um paciente não pode ser determinado”. Bowers et al. (2000) definem a evasão como “a ausência de um paciente da enfermaria, sem permissão por mais de 1 hora”. Ainda relatam no estudo que a evasão só se é notificada quando os profissionais estão suficientemente preocupados com o paciente. Martin et al. (2018) destacaram que há uma diferença entre um paciente realmente fugir e retornar atrasado da licença autorizada. Dickens & Campbell (2001), em estudo com unidades forenses, distinguem entre pacientes voluntários e detidos, enquanto Mosel (2010) e Wilkies et ai. (2014) excluem aqueles que estão no hospital voluntariamente ou focam na clínica considerando todos os pacientes como detidos sob a legislação de saúde mental.	Os pacientes fogem para encontrar alívio, para recuperar o poder e o controle sobre suas vidas e/ou necessidades não atendidas. A fuga pode, portanto, ser vista como um meio de buscar a liberdade. Os resultados desses trabalhos de pesquisa foram sintetizados em um tema abrangente de buscar liberdade, dentro disso, quatro subtemas foram identificados: 1) buscar a liberdade para encontrar alívio, 2) recuperar poder e controle sobre suas vidas 3) para atender às necessidades não atendidas e 4) de forma oportunista. A busca pela liberdade para encontrar do alívio ambiente hospitalar se dava por considera a internação entediante, estranha, estressante, volátil e claustrofóbica. Além das particularidades inerentes da internação, como: ambiente físico, ruído, temperatura, comida, decoração, falta de privacidade e abafamento. Em geral consideravam o ambiente intolerável, levando-os a fugir e buscar consolo em outro lugar. A busca para recuperar o poder e o controle sobre suas vidas tinha início no desempoderamento. Não reconhecer a necessidade de admissão, sensação de estar confinado e negado autonomia, exclusão da decisão. Em alguns casos, os pacientes reconheceram que estavam passando por dificuldades, mas não entendiam como a internação podia resolver seus problemas. A fuga para atender a uma necessidade não atendida incluíam preocupações e responsabilidades do dia-a-dia. Eram tarefas cotidianas como verificar a segurança de sua propriedade, pagar contas, verificar dependentes e cuidar de animais de estimação. A liberdade de forma oportunista acontecia, segundo os estudos, por perceber uma oportunidade e simplesmente fugir do ambiente hospitalar.	A fuga resultar em interrupção do tratamento e, consequentemente, pode resultar em internações mais longas. Além de representar uma ameaça significativa à segurança e ao bem-estar do paciente. Bowers et al. (1999) consideraram os riscos para os pacientes que fugiram e encontraram porcentagens significativas de risco de automutilação (32%), uso indevido de substâncias (27%), autonegligência (16%) e de tentativa de suicídio (21%). Com relação aos pacientes internados por tentativas de suicídio, Shah e Ganesvaran (2000) aferiram, em seu estudo realizado na Austrália, que das mortes de pacientes internados por este motivo, 20% ocorrem após a fuga da pessoa. James e Maude (2015) identificaram quatro áreas de risco associadas à fuga: Risco de suicídio e automutilação; Risco de agressão e violência; Risco de autonegligência ou morte; e Perda de confiança nos serviços ou danos à organização. Wilkie et al., (2014) relataram que alguns pacientes cometeram crimes após a fuga, as porcentagem variaram de acordo com o serviço de saúde de 1,4 a 4,6%. - O processo de comunicação de incidentes, realização de buscas e esforços para o retorno do paciente requer recursos da equipe do hospital e potencialmente de agentes externos (ex. polícia), além de diminuir os cuidados com outros pacientes e a interrupção pode ter um efeito deletério no clima social da unidade.

Autor, ano	Características dos pacientes que evadem	Fatores relacionados aos profissionais de saúde que influenciam na evasão dos pacientes	Fatores relacionados aos serviços de saúde que influenciam na evasão de pacientes	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Voss; Bartlett, 2019[12] (conclusão)	Segundo o estudo os pacientes que evadem se sentem desempoderados, aprisionados, possuem algum descontentamento com a instituição de internação, com a equipe, ambiente físico, rotinas da instituição, ausência de privacidade, desentendimento ou discordância do tratamento proposto.	- A equipe precisa estar ciente de que a fuga é um ato positivo da perspectiva do paciente, e trabalhar em colaboração com eles para reduzir os fatores que motivam esse comportamento. Intervenções práticas, envolver o paciente na tomada de decisões, perguntando sobre suas responsabilidades e compromissos fora do hospital, pode ter um impacto significativo na experiência de admissão e reduzir a risco de fuga. - Embora a equipe possa reconhecer a legitimidade das necessidades sociais, comportamentos como auto e heteroagressão e uso indevido de substâncias tornam um desafio conciliar a segurança do paciente com suas prioridades e vontades. - É relatado nos estudos que a evasão de pacientes resulta em sentimentos de ansiedade, raiva, constrangimento, culpa e sentimento de fracasso nos membros da equipe que presta assistência. - Observou que os pacientes “sentiam que eram necessárias diretrizes mais claras sobre como os enfermeiros poderiam ajudá-los.” Por diversos motivos, a equipe de enfermagem tornou a experiência de admissão mais difícil, fator este que contribuiu para a decisão de fugir.	- Quanto maior o risco percebido de fuga, mais restritiva é a estratégia de gestão, que pode incluir reclusão, trancamento de portas, aumento observação e uso de contenção química. Isso está em desacordo com os achados desta revisão, que sugerem que tais práticas podem de fato exacerbar uma sensação de impotência e aumentar o desejo de buscar a liberdade. - Cinco estudos evidenciam que o hospital era “insuportável” para alguns pacientes e eles decidiram fugir devido pensamentos ou sentimentos angustiantes relacionados especificamente ao ambiente hospitalar. O sentimento de desempoderamento foi relatado associado a sentir-se confinado e infantilizado por seu tratamento, sem credibilidade ou voz ativa no seu tratamento. - A fuga pode resultar em perda de confiança na segurança dos serviços de saúde mental por familiares e cuidadores, e exacerbar estigma associado à doença mental.	1. Trancar as portas da enfermaria 2. Usar dispositivos de localização GPS para monitorar o paradeiro dos pacientes 3. Modelos de cuidado para reduzir a fuga, bem como educação e apoio	1. A opção foi apenas citada pelo estudo, não sendo discorrido sobre o tema. 2. Idem a “1” 3. Desde o momento da admissão dos pacientes, indícios podem ser observados a fim de identificar os fatores que podem propiciar a vontade de fuga do paciente. Ao perceber a presença destes fatores, pode-se oferecer aos pacientes uma maior sensação de agenciamento durante uma internação hospitalar e superar a sensação generalizada de desempoderamento. Além de preparar a equipe para reduzir a sensação de medo, isolamento e desconforto que motiva alguns pacientes a fugir.	A qualidade da evidência foi limitada. O método aplicado pelos artigos propiciam risco de viés. O tamanho das amostras era variada, contendo de 05 a 76 pacientes. Não foram utilizados, amostras randomizadas, grupos controles nas intervenções e alguns artigos trazem a visão unidirecional sobre o problema, utilizando apenas a opinião dos profissionais sobre a questão de evasão dos serviços. Não houve discussão sobre aprovação ética ou considerações em quatro dos artigos. Um dos estudos (Bowers et al., 1999) referiu-se ao "funcionário da ala" como responsável por determinar se os pacientes eram capazes de assinar o consentimento, para participar da pesquisa, mas não especifica quais grupos de profissionais foram incluídos neste grupo.	Criticamente baixa.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Epidemiologia da evasão	Características dos pacientes que evadem	Fatores relacionados aos profissionais de saúde que influenciam na evasão dos pacientes	Observações	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Lappan; Brown; Hendricks, 2019[7]	Sistemática com metanálise	Estimar as taxas médias de abandono de tratamento de pessoas em sofrimento por abuso de drogas em tratamento psicossocial presencial e testar os potenciais preditores desse desfecho (abandono).	Os autores realizaram busca estruturada em 03 bases de dados científicos: PubMed, PsychInfo e Google Scholar. Foram incluídos 151 estudos primários (todos os desenhos de intervenção foram incluídos, incluindo estudos não controlados de braço único), desse modo foram analisados 338 braços, 299 taxas de abandono de tratamento e 26.243 pacientes. Os autores não apresentaram tabela de extração nem os locais de publicação dos estudos. Os estudos revisados foram publicados entre os anos de 1965 a 2016. Por conter estudos não randomizados e sem grupo controle há grandes chances de risco de viés. Os autores categorizaram os estudos por tipo de substância utilizada, descrição da taxa geral de abandono de tratamento, preditores característicos dos participantes, preditores característicos dos profissionais facilitadores do tratamento e preditores característicos do tratamento. Tais preditores são variáveis analisadas que podem explicar a variabilidade nas taxas de abandono.	**Preditores característicos do tratamento:** Em relação que abordagem especificamente o tratamento de pacientes usuários de drogas específicas observou-se que: - usuários de cocaína TAX de 48,7% - usuário de álcool TAX de 26,1% - usuário de tabaco 25,5% - usuário de metanfetamina 53,5% - usuário de estimulantes em geral 46,8% - usuário de heroína 25,1% Os estudos que aferiram quantidade de sessões de tratamento mostraram que quando eram realizadas até 7 sessões a TAX era de 27,5% e em tratamento com até 14 sessões a TAX era de 30,2%. Em relação ao tempo das sessões observou-se que sessões de 45 minutos levavam à uma TAX de 26,5% e as de 90 minutos com uma TAX de 31,1%.	**Preditores característicos dos participantes:** Estudos com alta porcentagem de americanos africanos (AA) obtiveram altas taxas de abandono de tratamento (TAT). Desse modo, quando a proporção de AA era de 0,07 a TAT foi de 24,5%, em outro estudo com a proporção de 0,52 a TAT foi de 37%. Estudos com pacientes com vulnerabilidade financeira também mostraram altas TAT. Quando a renda médica ajustada era de $ 9.726 a TAT foi de 41% e de 33,5% quando renda médica ajustada de $ 26.670. Baixas TAT esteve associado à pacientes que relataram alto consumo de cigarro diariamente. TAT de 27,4% com 19 cigarros/dia e 21,4% com 26 cigarros/dia. O uso de cocaína também influenciou as taxas de evasão: quando em uso leve a TAT foi de 22,4%, uso moderado a TAT foi de 51,8% e em alto uso a TAT foi de 66,7%.	**Preditores característicos dos profissionais facilitadores do tratamento:** O grau de instrução e os anos de experiência não se mostraram características estatisticamente significantes em relação as TAT. Porém, o autor indicou que há uma lacuna de conhecimento na literatura em relação ao tempo de experiência.	O autor do estudo adverte a natureza da evasão pode mudar o seu sentido e sua importância mesmo nos preditores que não se mostraram estatisticamente significativos caso sejam alterados as variáveis de controle.	Criticamente baixa.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Características dos pacientes que evadem	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Brorson et. al., 2013[8]	Sistemática	Investigar os fatores de risco associados ao abandono do tratamento da dependência	Os autores realizaram busca estruturada nas bases de dados MEDLINE e PsychINFO. Foram utilizadas publicações revisadas por pares publicadas entre 1992 a 2013. Foram incluídos 124 estudos envolvendo 199.617 participantes que preencheram os critérios de inclusão. Consta na extração de dados dos estudos incluídos os seguintes achados: 1) fatores do paciente (idade, sexo, nível de educação, estado civil, substância primária de abuso, transtorno concomitante e funcionamento cognitivo); 2) fatores do tratamento (método, duração, cenário e proporção paciente/pessoal) e 3) fatores do processo de tratamento (motivação, satisfação com o tratamento e aliança terapêutica). Foram incluídos também definição de abandono, prevalência de abandono, tamanho da amostra, desenho da pesquisa, país, nome do periódico de publicação e data de publicação.	Os estudos incluídos apresentaram enorme variação no número de participantes, variando de 20 a 113.575. A diferença de tamanho contribuiu para tornar os estudos menos comparáveis. Nenhum dos estudos selecionados investigou a relação entre a relação paciente/pessoal e desistência	1 estudo investigou a relação entre duração do tratamento e abandono, encontrando uma relação significativa entre maior duração do tratamento e maior abandono.	-73 (59%) dos estudos incluídos investigaram a relação entre idade e abandono. Destes, 46 estudos não encontraram associação entre os dois fatores. Nos 27 estudos que relataram uma associação entre idade e abandono, 24 estudos associaram a idade mais jovem a um risco aumentado de abandono. -64 (52%) dos estudos incluídos investigaram a associação entre sexo e abandono, e 10 estudos relataram associações significativas. No entanto, nos 10 estudos que encontraram uma associação, cinco relataram que ser do sexo masculino predisse o abandono, enquanto os cinco estudos restantes relataram um maior risco de abandono para pacientes do sexo feminino. -42 (34%) estudos explorou a relação entre o nível de educação e o abandono. 9 estudos relataram associações estatisticamente significativas entre abandono e escolaridade, sendo a menor escolaridade um fator de risco. -39 (31%) estudos dividiram os pacientes em subgrupos com base em sua principal substância de abuso e investigou sua relação com o abandono. -3 estudos concluíram que os usuários de cocaína são mais propensos ao abandono, enquanto 3 estudos não mostraram relação significativa entre o uso de cocaína e o abandono. -14 estudos analisaram relação entre uso de opiáceos e abandono foi considerada estatisticamente significativa em cinco estudos. -39 estudos investigaram a associação entre ter um transtorno concomitante e abandonar o tratamento de dependência. - 14 estudos analisaram a associação entre ansiedade e abandono e foi estatisticamente significativa em quatro. -14 estudos investigaram transtornos de personalidade como fator de risco de abandono, e 10 estudos confirmaram a associação. -36 (29%) estudos explorou a relação entre estado civil e abandono, mas apenas quatro estudos relataram uma associação. As poucas descobertas significativas sugerem que os pacientes que não estão atualmente em um relacionamento têm um risco aumentado de desistir.	Criticamente baixa

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Causas da evasão	Consequências da evasão	Características dos pacientes que evadem	Fatores relacionados aos serviços de saúde que influenciam na evasão de pacientes	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Bowers; Banda; Nijman, 2010[9]	Sistemática com metanálise	Reunir achados que indiquem a eficácia do atendimento em internação hospitalar para evitar suicídio de pacientes internados, características destes pacientes e quais circunstâncias específicas os suicídios ocorreram visando a sua prevenção.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos PsycInfo, Cochrane, Medline, EMBASE psychiatry, CINAHL e British Nursing Index. Foram incluídos 98 artigos publicados de 1960 até 2010, consistindo em estudos de caso-controle e transversais, em 17 países (Hong Kong, Holanda, Reino Unido, EUA, Dinamarca, Nova Zelândia, Canadá, Alemanha, Australia, Eslovênia e Suécia foram citados no estudo). Não foi aplicada ferramenta de avaliação da qualidade metodológica dos estudos primários. A revisão aborda a incidência de suicídio em pacientes internados, bem como possíveis variáveis relacionadas, incluindo características demográficas, patologias associadas e cuidados dispensados na internação.	Apesar de alguns estudos associarem a fuga ao suicídio, inclusive com significância estatística, a fuga não pode ser isolada da intenção suicida, impedindo uma conclusão de que estão relacionados.	Muitos estudos relatam que suicídios de pacientes internados ocorrem depois que o paciente foge do hospital. Essa proporção varia de zero (em um estudo antigo, de 1961) a 70% (em um estudo de 1991), com uma taxa média em todos os estudos de 27%. Quanto ao tempo entre a fuga e o suicídio, um estudo de 2001, em hospitais psiquiátricos, relatou que 75% das fugas relacionadas ao suicídio ocorreram imediatamente antes do suicídio. Outro estudo de 2004, em hospitais gerais, relatou essa relação em 70% dos casos.	Os pacientes que cometeram suicídio durante fuga foram mais propensos a sofrer de esquizofrenia ou outros transtornos delirantes, e a não aderirem ao tratamento no mês anterior à fuga/suicídio.	Vários estudos abordam o suicídio relacionado a enfermarias fechadas ou abertas. A maioria indica que não há interferência nas taxas de suicídio em internados. Não está claro, pela limitação das evidências, se trancar a porta não faz diferença na taxa de suicídios de fuga, ou se simplesmente aumenta a proporção de suicídios que ocorrem na própria enfermaria.	1. Observação especial; 2. Manter a vigilância, especialmente em momentos de redução de pessoal (noites) redução de disponibilidade de funcionários (transferências), de áreas isoladas não supervisionadas da enfermaria (banheiros, sanitários e quartos individuais); 3. Fazer uso abundante de observação intermitente; 4. Não trancar as portas.	1. Observação diferenciada em relação aos demais pacientes internados, podendo ser ajustada à necessidade do paciente ou constante; 2. A opção foi apenas citada pelo estudo, não sendo discorrido sobre o tema; 3. A opção foi apenas citada pelo estudo, não sendo discorrido sobre o tema; 4. Trancar a porta não reduz o risco de suicídio e pode aumentar os sentimentos de estigmatização, depressão e diminuição do apoio da equipe de saúde.	Em geral, os estudos incluídos trouxeram uma análise dos dados fraca, não sistemática e mal descrita.	Criticamente baixa

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Consequências da evasão
Muir-Cochrane, Mosel, 2008[10] (continua)	Sistemática	Sintetizar a literatura de qualidade sobre a fuga de instalações psiquiátricas, identificar lacunas no conhecimento e fazer recomendações para a prática.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos CINAHL (1996–2008), Cochrane Library, Academic Search Elite, The Joanna Briggs Institute , Health Source Academic Version , PsycInfo através da Ebsco , Wiley Interscience e British Medical Journal. Foram incluídos 39 artigos publicados entre 1996 e 2008, sendo 20 do Reino Unido, 6 dos EUA, 4 da Austrália, 2 da Irlanda, 1 da Espanha, 1 do Canadá e 5 de revisão mundial. A literatura foi analisada usando uma abordagem de métodos mistos adaptada do The Joanna Briggs Institute e do Cochrane Handbook. Dos estudos quantitativos, apenas um artigo era uma revisão de todos os ECR (nível 1); sendo 19 de ensaios controlados não randomizados, estudos comparativos sem randomização com controle e alocação, e estudos comparativos com o controle histórico (Nível 3); e 17 de evidências obtidas de séries de casos, questionários de auditorias, pesquisas e revisões de literatura (Nível 4). Dos estudos qualitativos, 2 apresentaram credibilidade de nível inequívoca e 32 de nível credível. A revisão aborda o conceito de fuga, sua causalidade, consequências e possíveis intervenções por parte da enfermagem para evitá-las.	A evasão (*absconding*) foi definida como a ausência do paciente sem autorização; no entanto, o período de tempo para tal ausência variou de mais de 1 hora a 'quando notada a falta'. Há variações de definição em diferentes estudos incluídos.	Uma vez que as taxas são relatadas de forma variada usando numeradores e denominadores diferentes, atualmente não existem dados comparativos para auxiliar na interpretação sobre as tendências da taxa de fuga em todo o mundo. Dada a afirmação de que até 50% das evasões não são relatadas, a verdadeira extensão do problema permanece desconhecida. Há uma revisão que indicou que a taxa de evasão de todas as admissões gira em torno de 2,5 e 34%. Um estudo primário (n=175) indica que 34,5% dos pacientes em risco fugiram. A taxa de retorno da fuga é bastante variável entre os estudos. Em geral, os pacientes são devolvidos para internação por familiares, amigos, funcionários da enfermaria e a polícia, sendo frequente que os próprios pacientes retornem por vontade própria. Mais da metade dos pacientes que fugiram expressaram sua intenção de sair antes do evento, com 82% saindo diretamente da enfermaria, 14% saindo temporariamente fora da enfermaria e 3% não retornando da licença com permissão. Outro estudo indica que as fugas ocorreram durante as saídas para a comunidade (61%) ou do hospital (38,8%), com a maioria dos fugitivos parecendo ser impulsivos ou oportunistas. Quanto a portas trancadas, um estudo indicou que 80% dos pacientes em uma enfermaria destrancada fugiram, enquanto 29% daqueles em enfermarias trancadas fugiram enquanto estavam em licença e não retornaram. A violação de ambiente trancado ocorreu em 6,1% dos casos, enquanto outros escaparam roubando chaves, aproveitando-se da distração dos funcionários, escapando pelas janelas ou aproveitando-se de portas inadvertidamente deixadas sem segurança	Pacientes referem, em estudos qualitativos, que evadem por sentirem medo, sentirem-se isolados, sentirem saudades de casa e estarem entediados. Também há estudos que trazem a hospitalização como uma interrupção da vida cotidiana e dos assuntos particulares dos pacientes (casa, propriedades, atividades domésticas e familiares). Falta de percepção da necessidade de internação também surgiu como causa.	Os estudos trazem forte apoio para a relação entre fuga e sérios danos a si mesmo e aos outros. A taxa de suicídio após fuga é de 20%, com uso de métodos violentos em 65% dos suicídios consumados (pular na frente de trens, bondes e tráfego rodoviário, pular de prédios, enforcamento e afogamento). Outros eventos adversos relacionados à fuga são: a não tomada da medicação, consumo de álcool e agressão ou violência, com relatos de violência sexual. As fugas causam sentimentos de raiva, culpa, preocupação e ansiedade na equipe de enfermagem. Também criou problemas de confiança, com as famílias perdendo a confiança nos serviços psiquiátricos e na unidade, enquanto a confiança da comunidade é abalada com o público percebendo os serviços hospitalares como culpados pelas fugas e demais consequências.

Autor, ano	Características dos pacientes que evadem	Fatores relacionados aos profissionais de saúde que influenciam na evasão dos pacientes	Fatores relacionados aos serviços de saúde que influenciam na evasão de pacientes	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Muir-Cochrane, Mosel, 2008[10] (conclusão)	O perfil dos pacientes que fogem é geralmente um jovem do sexo masculino (menos de 26 anos), diagnosticado com esquizofrenia e detido legalmente. Evidências moderadas indicam que os fugitivos têm histórico de abuso de substâncias, internações anteriores em hospitais e um histórico de fugas, com a maioria dos eventos de fuga ocorrendo dentro de 7 dias após a admissão.	O momento da troca de plantão da enfermagem parece ser o momento de pico para fugas. A avaliação de risco foi identificada como problemática, sendo o risco percebido de forma diferente entre psiquiatras e enfermeiros. No entanto, a precisão das previsões de risco por médicos de saúde mental é questionável com algumas estimativas relatadas abaixo de 30%.	A estrutura predial tinha pouco a ver com fuga; no entanto, a altura da cerca ao redor do perímetro foi um grande determinante de fuga em geral. Estudos qualitativos indicam que pacientes referem tédio, atividades desinteressantes, ambiente perturbador nas enfermarias e má qualidade da alimentação como motivadores para fuga.	1. Trancar as portas da enfermaria 2. Observação redobrada, reclusão e contenção química e física 3. Desenvolvimento de relações terapêuticas próximas com os pacientes 4. Pacote de intervenção - Buscar contato com os familiares para encorajar os pacientes a retornar à enfermaria, telefonar para o paciente em casa, ter contato próximo com a polícia local e envolver-se mais com os profissionais de saúde mental na área de abrangência 5. Pacote de intervenção - Manter livro de registro para os pacientes entrarem e saírem; identificação de pacientes de alto risco; proporcionar mais tempo para os pacientes estarem com a equipe de enfermagem; permitir visitas domiciliares controladas; incentivar o contato com familiares e amigos; transmissão cuidadosa de más notícias aos pacientes; interrogar os pacientes após altercações violentas ou barulhentas; e reavaliações multidisciplinares.	Opção 1: - Há evidência insuficiente para apoiar essa intervenção. Opção 2: - Há evidência que outros fatores confundidores sejam mais importantes para evitar fugas - Não há relação aparente entre o nível de observação e o número de fugas na enfermaria do hospital Opção 3: - Ë particularmente importante no momento imediatamente após a admissão Opção 4: - São estratégias citadas para reduzir o risco de danos a si mesmo ou a outros pelo fugitivo Opção 5: - Aplicado em 15 enfermarias do Reino Unido, com diminuição de 25% das fugas	A busca manual de artigos de periódicos não foi realizada devido a restrições de tempo e financeiras e, da mesma forma, apenas artigos em inglês foram obtidos devido aos custos de tradução.	O Instituto Joanna Briggs (2007a) recomenda procedimentos minuciosos de fuga que são direcionados principalmente à equipe de enfermagem, e envolve a busca da enfermaria e do terreno, notificação dos funcionários apropriados e requisitos de documentação, mas omite questões como contato com parentes, avaliação de risco, e documentação abrangente de eventos precipitantes.	Criticamente baixa

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Qualidade metodológica da revisão sistemática AMSTAR 2
Muralidharan; Fenton, 2006[11]	Sistemática	Comparar os efeitos de várias estratégias não farmacológicas usadas para o controle de pessoas com distúrbios psiquiátricos agudizados durante os períodos de crise (excetuando enfermaria de isolamento e contenção mecânica)	Revisão Cochrane de atualização de revisão anterior, do ano de 1999. Busca sistematizada nas bases de dados científicos CINAHL, CENTRAL e The Schizophrenia Groups register, EMBASE, MEDLINE e PsyINFO. Os autores buscaram apenas por ensaios controlados randomizados, e nenhum estudo foi encontrado. As evidências de pesquisa para as intervenções relatadas são provenientes de relatos de caso, série de casos, coortes e opiniões pessoais. Na ausência de ensaios controlados, nenhuma recomendação pode ser feita sobre os benefícios ou malefícios das estratégias de retenção do paciente nos serviços. O uso contínuo dessas intervenções não se baseia em informações de ensaios clínicos randomizados e, dada a acentuada variação no uso entre as instituições, há um argumento de que a prática atual só deve ser continuada no contexto de tais ensaios.	1. Enfermaria de isolamento 2. Observação constante 3. Técnicas de "*de-escalation*" 4. Trancar as portas da enfermaria 5. Contratos comportamentais	Opção 1: - Apesar de excluir este método da revisão os autores abordam brevemente na introdução e definem a intervenção como a alocação do paciente em um quarto trancado sozinho. - O isolamento abrange três elementos importantes: contenção, isolamento e redução dos estímulos sensoriais. - Os benefícios podem surgir do fato de a pessoa perturbada ser afastada de estímulos externos, ou do fato de proporcionar um período de supervisão e medicação intensiva. Embora existam preocupações éticas, legais e humanitárias sobre seu uso, ainda é uma opção como estratégia de gerenciamento de pacientes. Opção 2: - A frequência da observação pode variar de checagens intermitentes até a presença permanente de um profissional de saúde com o paciente; Opção 3: - "*De-escalation"* (desescalada) se refere à avaliação e intervenção para redução da intensidade de um conflito ou de uma potencial situação violenta. Envolve o uso de técnicas verbais para acalmar a pessoa, observando sinais e sintomas de raiva e agitação, abordando a pessoa de maneira calma e controlada, evitando confronto e fazendo uso terapêutico de relacionamento/vínculo com a pessoa. Opção 5 - Abordagem de longo prazo para reduzir a agressão e a violência e, mais particularmente, a automutilação. - Trata-se de um contrato escrito ou verbal, obtido por meio de negociação mútua entre a pessoa e a equipe de atendimento, que fornece um delineamento claro das responsabilidades do paciente e dos profissionais de saúde; - Essas técnicas são baseadas na teoria da aprendizagem social e abordam os comportamentos ou sintomas do paciente, em vez de categorias diagnósticas. Comportamentos apropriados são recompensados positivamente e comportamentos inadequados são ignorados ou têm consequências negativas, como dispensa de cuidados ou perda de privilégio;	Não existe evidência de boa qualidade para apoiar ou refutar o uso dessas intervenções.	Alta

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Causas da evasão	Fatores dos profissionais de saúde que influenciam na evasão dos pacientes	Fatores dos serviços de saúde que influenciam na evasão
Gil *et al.*, 2021[13] (continua)	Narrativa	Discutir a política implementada no Estado de Queensland, Austrália, de manter "enfermarias trancadas" para todos os pacientes de saúde mental, independente do quadro clínico, a fim de diminuir evasões.	O artigo aborda a legislação e práticas de saúde mental vigentes no Estado de Queensland, na Austrália e usa achados da literatura para embasar seus argumentos contrários à política vigente de "portas trancadas para todos os pacientes" sem distinção ou aferição do estado clínico e contexto. Há conflitos de interesses declarados, os autores são trabalhadores do serviço de psiquiatria no Estado e não há financiamento específico para esta revisão. Os métodos de busca e seleção dos 24 artigos citados não são apresentados. As referências englobam estudos primários e secundários, cuja qualidade metodológica não foi aferida, publicados a partir do ano de 2002. Os autores contextualizam os acontecimentos e a legislação, vigente desde 2013, relacionam a política com os conceitos atuais de direitos humanos e abordam achados da literatura científica sobre a manutenção de pacientes trancafiados e sob grande vigilância em serviços de saúde mental, principalmente as consequências negativas que esta política pode trazer.	Geralmente relacionadas aos aspectos da internação e enfermaria, tais como tédio e frustração. Fatores que podem ser agravados quando há "portas trancadas".	Funcionários, cuidadores e pessoas que tiveram experiência com pacientes em unidades de internação em Queensland consensuaram que reduzir o tédio e ter um ambiente mais voltado para a recuperação reduziria a necessidade de trancar as portas nas unidades de internação, embora alguns dos participantes também apoiem o travamento discricionário e proposital das portas por curtos períodos por razões de segurança.	Pacientes evadidos porque não retornaram de uma licença aprovada pela equipe é mais comum que pacientes "fugindo" da enfermaria, ainda assim, todos são computados da mesma forma.

Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão
1. Trancar as unidades e enfermarias 2. Programa Safewards 3. Six core strategies	**Opção 1:** - Há evidencia limitada sobre os benefícios de manter os pacientes trancados pois mudam a relação médico-paciente de uma ênfase terapêutica para uma ênfase de custódia; - Há evidências mistas sobre se as portas trancadas reduzem as fugas; e não há evidencias de que enfermarias trancadas previnam mortes ou lesão séria em paciente sob cuidados compulsórios; - Um estudo de 2014 conclui que enfermarias permanentemente trancadas reduzem as taxas de evasão, entretanto aumentam a incidência de agressão, automutilação e recusa da medicação, além disso outro estudo reforça estes achados e acrescenta que a intervenção reduz a satisfação com os serviços; - Esta intervenção deve ser uma decisão baseada em necessidades clínicas, incluindo a necessidade de prevenir danos a pacientes individuais na enfermaria, bem como as necessidades e a segurança da comunidade de pacientes e funcionários; - Um estudo prospectivo (1998 a 2002) alemão descobriu que alas abertas eram menos propensas a usar isolamento e contenção e ainda registravam menos episódios de agressividade; e outro estudo, de 2016, conclui que portas abertas não aumentaram as taxas de suicídio, tentativa de suicídio ou fuga; - Na Suíça as taxas de isolamento diminuíram substancialmente ao longo de 6 anos após as mudança da política de portas trancadas para portas abertas; - Tal política pode aumentar a necessidade de funcionários para o monitoramento das portas e o que ocorre dentro dos quartos e pode aumentar confrontos agressivos iniciados pela porta sendo bloqueada; **Opção 2:** - É um programa baseado em evidências que inclui 10 intervenções para aumentar a comunicação entre a equipe e os pacientes, adotando abordagens orientadas para a recuperação que reflitam nas circunstancias locais que levam à evasão; **Opção 3:** - Estratégia enfatiza que liderança clara e um plano especifico de tratamento que inclui a colaboração dos pacientes e cuidadores reduz práticas coercitivas, como reclusão.	Trata-se de uma revisão narrativa cuja seleção dos artigos não foi relatada, também é nítido o conflito de interesse dos autores, que já tinham uma opinião previa formada. A revisão objetivou validar a opinião dos autores. Desta forma, a confiança nos achados fica prejudicada pois há alto risco de viés de seleção da informação apresentada.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Causas da evasão	Consequências da evasão	Características dos pacientes que evadem	Fatores dos profissionais que influenciam na evasão	Fatores dos serviços que influenciam na evasão
Kasmi; Brennan, 2015[14] (continua)	Narrativa	Abordar a implantação de um instrumento estruturado para concessão de licenças de saída para pacientes em tratamento de saúde mental em um serviço do NHS e discutir os achados de literatura acerca do tema.	Os autores não relatam os passos utilizados na busca e seleção dos artigos citados, 13 ao todo, sendo 04 de literatura cinzenta como reportagens da imprensa e regulamentações específicas. Não são abordados em detalhes o local de realização, o tipo ou a qualidade metodológica dos estudos primários e secundários utilizados. Esta revisão abrange conceitos de avaliação, causas e consequências das evasões e características gerais dos pacientes que evadem; na sequencia descreve o formulário estruturado implementado e o treinamento realizado para os trabalhadores do referido serviço.	Os autores trazem dois conceitos diferentes para a evasão: usam o termo "*Escape*" (fuga?) quando a evasão envolve a violação do perímetro de segurança física da unidade de saúde. O termo "*absconding*" (sumiço?) geralmente se refere ao rompimento das condições de ausência autorizada regulamentada da unidade psiquiátrica e tende a ser uma violação da segurança relacional e processual.	Dentre os fatores socioambientais que influenciam a evasão o artigo cita: raiva após más notícias, sentir-se preso, qualidade da comida, tédio, medo de outros pacientes, preocupação com parentes e bens, e a necessidade de realizar uma tarefa ou responsabilidade. Pode ser difícil e não confiável generalizar fatores de um grupo para o nível individual. Uma pessoa que foge repentinamente de uma licença sem escolta pode ter tido períodos anteriores bem-sucedidos de licença escoltada e sem escolta. A deterioração do estado mental ou do comportamento na enfermaria pode ser óbvia, mas fatores fora do hospital, como problemas familiares ou um telefonema angustiante, podem levar a uma maior propensão a fugir, que é menos provável de ser identificada com antecedência.	A saída do paciente do serviço de saúde, seja por fuga ou licença concedida, pode ter graves implicações para o paciente, familiares, vítimas, equipe clínica e unidade de saúde. O fato pode inclusive ser exacerbado pela imprensa. Um incidente pode ocorrer apesar do melhor planejamento e execução desta saída. Os autores trazem o caso de um hospital que sofreu 04 evasões sequenciais que desencadearam uma investigação que envolveu o Ministério da Justiça. Os holofotes foram voltados aos processos de trabalho da equipe. Havia preocupação sobre a falta de verificações gerenciais e se as equipes clínicas estavam trabalhando de forma eficaz. A investigação questionou qual procedimento operacional de segurança estava em vigor em caso de 'falha pessoal de algum membro da equipe" ou "erro na tomada de decisão" por determinado profissional. Também questionaram a ausência de um mecanismo de "verificação do verificador". Também foram levantadas preocupações em relação à compreensão da equipe sobre os procedimentos de licença e escolta, se as contingências foram consideradas no caso de problemas ocorridos durante a licença e se a equipe foi clara sobre isso.	Muitos indivíduos em unidades com altos índices de segurança e restrição são admitidos após episódios de violência. O nível de segurança/restrição imposto depende do incidente e do risco. Pacientes que evadem tendem a ser: mais jovem (menos de 40 anos), do sexo masculino, desempregados, com diagnósticos de esquizofrenia e/ou transtorno de personalidade com tendências criminogênicas, em escolta policial com histórico de fuga e desejo de sair, admissão recente, associado a problemas domésticos/ de relacionamento e uso indevido de álcool. Os clientes que precisam ser transferidos para ambientes com um nível de segurança mais alto tendem a ter problemas em internações anteriores e podem expressar opiniões anti-tratamento	Muitos casos de evasão podem ter um efeito profundo na equipe de saúde, possivelmente levando a uma abordagem mais restritiva para licenças futuras. Uma baixa taxa de evasão em uma unidade pode refletir uma relutância na concessão de licença e isso potencialmente resulta em períodos mais longos de permanência e custos mais altos.	Pessoas são "detidas" para o tratamento da saúde mental e para o manejo de riscos, principalmente, do risco à outros. A percepção de falha do tratamento e o tédio influenciam na decisão de fuga dos pacientes. Os incidentes tendem a ocorrer em finais de semana e em climas mais quentes.

Autor, ano	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados	Observações
Kasmi; Brennan, 2015[14] (conclusão)	1. Concessão de licença de saída ao paciente a partir de um formulário estruturado e treinamento da equipe. 2. Colocação de um sistema de monitoramento nos pacientes.	**Opção 1**: - É usada para avaliar a estabilidade do estado mental, informar a avaliação de risco e promover a reabilitação e recuperação fora dos limites do hospital. A licença é uma parte crucial da reabilitação, especialmente com vista à alta e melhorando a qualidade de vida; é terapêutica, humana, oferece esperança e promove o exercício. A Licença pode ser usada para avaliar se o paciente está apto para transferência à ambientes menos restritivos e finalmente, para o tratamento ambulatorial; - Desde sua implementação "há 04 anos" não houveram fugas ou evasões bem sucedidas e houve maior sensibilização dos profissionais para as questões de segurança após treinamento em um hospital de segurança média no Reino Unido; - Geralmente o processo de tomada de decisão para uma "licença médica" - que pode ser difícil - baseia-se em fatores como a melhoria do estado mental, a concordância com o tratamento e a passagem do tempo, embora estes possam não necessariamente revelar-se significativos em termos de evitar incidentes indesejáveis de licença. Além disso a documentação acerca desta licença pode ser simplista, com poucas justificativas descritas para a tomada de decisão; - A licença pode ser acompanhada por um profissional ou não. Este último geralmente só é permitido após períodos bem-sucedidos de licença com acompanhante. Os destinos podem incluir lojas locais, locais de interesse e a casa da pessoa/familiar, e podem progredir para locais mais frequentados pela comunidade. Indivíduos detidos sob certas sanções legais podem exigir permissão do Ministério da Justiça (ou órgão responsável) para certos tipos de licença, se tiverem restrições que qualifiquem sua detenção. - A concessão da licença é uma decisão importante que tende a ser tomada durante uma discussão multidisciplinar. Em última instancia, o médico responsável tem autoridade para concessão da licença, entretanto, as equipes de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e demais profissionais costumam ser inseridos no processo. - Foram desenvolvidos formulários de avaliação de risco específicos para o serviço. A avaliação de risco de pacientes com escolta policial é preenchida dentro de duas semanas após a admissão ou antes, se necessário. Em seguida, é atualizado a cada três meses. Tem seções sobre risco para o público, risco para o pessoal, probabilidade de não cooperação com o pessoal, uso de algemas, histórico de fuga, potencial para fuga externa, outros fatores de risco, aniversários de risco crescente e uma seção final sobre risco-estratégias de redução. Sugestões úteis são listadas, como o número de funcionários necessários, mistura de gênero, nível de experiência da equipe, buscas, tipo de veículo (se usado), nível de contato entre a base e a escolta, ligação com outras partes e avaliação de risco/contato com o local/ destino. As respostas a cada pergunta são classificadas como alta, média e baixa, com espaço para expandir as classificações com exemplos e evidências. - A concessão da licença é baseada em vários fatores que podem incluir: objetivo da saída, conhecimento sobre o estado mental, estabilidade mental e comportamental, adesão ao tratamento, relações e insights melhorados, redução da impulsividade e outros comportamentos negativos, avaliação de riscos associados e manobras para redução desses riscos (violência, agressão, auto violência, evasão, etc.). - As melhores práticas incluem: conhecimento da pessoa, um plano cuidadosamente construído, construir relações de confiança e colaboração, ênfase na recuperação, conhecimento da legislação, redução de danos, avaliação e identificação de riscos, competência na valorização da diversidade, uma abordagem dinâmica aos riscos, envolvimento da equipe multidisciplinar, treinamento de pessoal e comunicação. - Um instrumento de avaliação do risco de evasão denominado LARA é criado e estruturado em 03 partes, ele é abordado em detalhes por Hearn *et al.* (2012). O instrumento é utilizado com o "Anti-abscond workbook" que possui seis diretrizes para impedir a fuga, como: clareza das regras, identificação de alto risco, intervenções de enfermagem para pacientes de alto risco, briefing pós-incidente, incluindo revisão com equipe multidisciplinar e divulgação cuidadosa de más notícias. O HCR-20 (Webster et al 1997) e o planejamento de cenários são usados na avaliação e gerenciamento de riscos gerais e também auxiliam na tomada de decisão sobre licenças. O LARA é certamente abrangente e provavelmente fará com que as equipes clínicas pensem mais sobre os fatores de risco associados à fuga, embora estes não prevejam necessariamente um incidente individual. Também não indica se a presença de um número maior de fatores necessariamente tornaria a pessoa de alto risco ou não, nem qual seria o ponto de corte. **Opção 2:** - É instalada uma espécie de chip ou dispositivo de monitoramento nos pacientes (tipo GPS) que possuem uma licença de saída, acompanhada ou não. Em caso de tentativa de retirada do dispositivo, não retorno, fuga ou entrada em local não permitido dispara um alerta e uma resposta do serviço. - Embora alguns possam argumentar que a presença da etiqueta significa que esta licença não é desacompanhada, os defensores afirmaram que isso resultou em uma diminuição na fuga e um aumento na capacidade de conceder licença. - Os críticos dizem que o sistema, denominado Buddi, trata os pacientes de saúde mental como criminosos, o que faz pouco para combater o estigma.	Trata-se de uma revisão narrativa, sem sistematização de métodos, o que aumenta o risco de viés. Também foram identificadas afirmações nesta revisão que não estão presentes nos artigos originais citados. Quando falam da implantação do instrumento e treinamento das equipes, trazem uma impressão geral e bons resultados, porém nenhum dado quanti ou qualitativo é apresentado, nos parecendo que a aferição foi bastante subjetiva.	Não existem ferramentas validadas para aferição do risco de liberação de um indivíduo para um contexto de menor vigilância e segurança. As ferramentas de avaliação de risco comumente usadas para avaliar o risco de violência futura, como as diretrizes de risco clínico histórico (HCR-20) (Webster et al 1997) e a avaliação estruturada de fatores de proteção para risco de violência (de Vogel et al 2011), não afere explicitamente o risco de fuga ou aptidão para licença, mas lista os domínios que provavelmente influenciarão a tomada de decisão, como a estabilidade do estado mental e a adesão.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Consequências da evasão
McSherry, 2014[17] (continua)	Narrativa	Examinar as questões legais e de direitos humanos decorrentes da política "enfermarias trancadas" em serviços de saúde mental e descrever as pesquisas sobre os efeitos de tal política.	Os métodos de busca e seleção dos artigos não é abordado pela autora. O texto discute a política implementada no Estado de Queensland, na Austrália, que ordena que os serviços de atenção à saúde mental sejam permanentemente trancados, independente do estado clínico dos pacientes. O texto abrange a política implementada, os aspectos legais relacionados, tanto a nível estadual quanto federal; depois aborda diretos internacionais das pessoas com desordens mentais e por último discute os achados a partir de artigos científicos citados. A autora conclui que as desvantagens do bloqueio de todas as enfermarias de saúde mental superam quaisquer benefícios percebidos.	Em 2013, um inquérito sobre suicídios por pessoas com problemas de saúde mental na Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e Gales estimou que 24% de todos os suicídios de pacientes internados ocorreram quando os indivíduos envolvidos fugiram da enfermaria. A fuga de um paciente também coloca um fardo sobre a equipe que se preocupa com a segurança de pacientes evadidos e sobre a polícia que está frequentemente envolvida no retorno de pacientes ao hospital.

Autor, ano	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações
McSherry, 2014[17] (conclusão)	1. Trancar enfermarias	- Enfermarias ou portões externos de um serviço devem ser trancados por uma justificativa clínica plausível, e jamais por conveniência da equipe. Além da crença de que enfermarias trancadas impedem a fuga, outras justificativas para a prática incluem a prevenção de visitantes indesejados, roubo e contrabando de substâncias ilegais. Acredita-se também que isso ajuda a mudar o foco da equipe do monitoramento do paradeiro dos pacientes para o envolvimento em atividades terapêuticas. - Enfermarias trancadas violam o Art 14 da CDPD (vide coluna "observações"). O Tribunal Europeu dos Direitos do Homem considerou que ser detido numa enfermaria fechada de uma instituição psiquiátrica equivale a uma violação do direito à liberdade sob o Artigo 5 da Convenção Européia de Direitos Humanos. "Negar a liberdade de dezenas de pacientes para proteger o número muito pequeno que fugirá parece um retrocesso em termos de direitos humanos". - Há uma enorme escassez de pesquisas nacionais e internacionais sobre os efeitos das portas trancadas na psiquiatria hospitalar. No geral, da literatura limitada disponível, alguns estudos indicam que enfermarias trancadas previnem evasão, enquanto outros não mostram diferença nas taxas de fuga entre enfermarias abertas e trancadas. - Enfermarias abertas têm maiores taxas de fuga do que enfermarias trancadas, entretanto pesquisas sugerem que focar naqueles pacientes com maior probabilidade de fuga são alternativas úteis na redução das evasões. Portas trancadas aumentam sentimentos de frustração, exclusão social, estigmatização e depressão entre os pacientes, levando à agressão, automutilação e recusa do tratamento. - "Os encargos emocionais da porta trancada recaem sobre os pacientes (raiva e depressão), enquanto os da porta aberta recaem sobre os funcionários (ansiedade)". - Na Alemanha, uma ala psiquiatrica foi fechada por seis meses e destrancada por seis meses ao longo de um ano. Houve uma taxa de fuga significativamente reduzida quando a porta de entrada estava aberta. Os pesquisadores postulam que isso pode ser porque a liberdade pessoal associada a uma política de portas abertas significava que os pacientes não sentiam a necessidade de fugir e, inversamente, uma atitude restritiva associada a enfermarias trancadas "pode provocar incidentes e comportamento de fuga". - Outro estudo, na Austrália, que analisou as taxas de fuga de sete enfermarias de reabilitação em um campus de hospital psiquiátrico ao longo de um ano, concluiu que a maior incidência de fuga ocorreu de uma enfermaria trancada e que as taxas gerais de fuga não diferiram significativamente entre enfermarias trancadas e destrancadas. Os pesquisadores argumentam que: "trancar a porta da enfermaria não servirá necessariamente como um impedimento para o paciente que deseja sair" - Ao todo, parece que as desvantagens de enfermarias trancadas em termos de efeito sobre aqueles "detidos" e a interferência no direito à liberdade superam quaisquer supostos benefícios. Uma política geral de trancar todas as instalações de internação de saúde mental parece mais suscetível a causar mais problemas do que soluções.	Revisão narrativa sem sistematização dos métodos de busca e seleção. Há alto risco de viés.	O artigo 14.º da "*United Nation Convention on the Rights of Persosn with Disabilities*" (CDPD) trata da "liberdade e segurança da pessoa". Estabelece que: 1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas: a. Gozar do direito à liberdade e segurança pessoal; b. Não sejam privados de sua liberdade de forma ilegal ou arbitrária, e que qualquer privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de uma deficiência em nenhum caso justificará uma privação de liberdade.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Características dos pacientes que evadem	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema
Fletcher *et al.*, 2014[18]	Narrativa	Identificar as melhores formas de trabalhar com os pacientes psiquiátricos em unidades agudas, para que o atendimento seja o menos restritivo das liberdades e permita recuperação.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos Medline, Psychinfo, CINAHL, Proquest, Sage Journals on-line, Google Scholar, Websites governamentais e Websites de governos estaduais australianos (NSW, Victoria, Queensland, South Australia, Tasmania, Território da Capital Australiana, Western Austrália). Foram incluídos 47 artigos publicados em revistas científicas de 2000 a 2014 e 35 documentos de políticas nacionais, estaduais e regionais sem limitação de tempo. Não foram discriminados os tipos de estudo primários, nem avaliada a qualidade metodológica dos mesmos. A revisão a reúne evidências da literatura sobre os cuidados menos restritivos em saúde mental e a aplicação de práticas orientadas para a recuperação na saúde mental de pacientes agudos, com vista a identificar as melhores práticas de cuidados.	O período de tempo em que um paciente pode estar ausente antes ser classificado como foragido variou de 1 a 72 horas.	Entre 2,5% e 34% de todas as internações psiquiátricas evadem. Um estudo em Queensland descobriu que houve 24 incidentes em que os pacientes estavam 'ausentes sem permissão' de um serviço seguro de internação de saúde mental em Brisbane durante um período de dez anos, e nesses episódios, houve um total de 12 pacientes envolvidos – ou seja, ocorreram episódios “repetidos” de evasão.	As taxas de fuga foram maiores nas enfermarias abertas e menores nas enfermarias fechadas. Uma grande proporção de incidentes de fuga ocorreu quando os pacientes estavam fora da unidade, como durante a transferência de uma unidade para outra ou quando estavam em licença permitida e desacompanhada. Um estudo indicou que houve mais fugas em seis meses em que portas foram trancadas do que em seis meses seguintes, em que as portas ficaram abertas. Outro estudo sugeriu que portas trancadas podem aumentar a motivação para fuga e descobriu que o tédio, como resultado do isolamento do mundo externo, pode aumentar o desejo de fugir.	Os pacientes com maior probabilidade de fuga são homens jovens com esquizofrenia. A maioria dos eventos de fuga ocorreu nas primeiras três semanas de admissão	1. Pacote de intervenções com: Uso de livros de registro de entrada e saída de pacientes; comunicação cuidadosa e solidária de más notícias aos pacientes; discussão pós-incidente com pacientes; reavaliação multidisciplinar; identificação de pacientes com alto risco de fuga; tempo de enfermagem direcionado diariamente para os pacientes de alto risco de fuga; e contato social facilitado para pessoas com altor risco de fuga.	1. Aplicado em um estudo experimental controlado com redução da taxa de fuga em 25%.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Consequências da evasão
Hearn *et al.*, 2012[19] (continua)	Narrativa	Elaborar uma avaliação de risco especificamente para a tomada de decisão de concessão de licença de saída temporária para pacientes em tratamento de saúde mental com base na literatura disponível.	Os autores realizaram uma busca não estruturada em bases de dados científicos não relatadas. O número de artigos incluídos não foi informado, nem a tipologia. A avaliação de qualidade metodológica dos estudos primários também não foi realizada. A abordagem teórica se deu no campo de avaliação de risco de violência. A busca de informações na literatura sobre fuga de pacientes em serviços de saúde mental foi utilizada para construir uma ferramenta de avaliação de risco de fuga (LARA). Porém, não foi realizada avaliação ou validação dessa ferramenta.	Há uma confusão em torno das definições de evasão, levando a envios equivocados sobre o número de "violações de licenças de saída", em vez de dados puramente de "fuga da unidade". Essa confusão reflete um grande problema em grande parte da pesquisa sobre evasão. Embora estes sejam comportamentos claramente muito diferentes dentro de um ambiente seguro. **Fuga (*escape*)**: Um foge de uma unidade/hospital se obtiver, sem autorização, a liberdade violando o perímetro de segurança que é a parede externa, cerca, recepção ou limite declarado dessa unidade. **Tentativa de fuga (*attemped escape*):** Uma tentativa fracassada ou impedida de um paciente de violar o perímetro de segurança que, na natureza do incidente, demonstrou intenção de escapar. **Sumiço (*abscond*):** Um paciente que "foge" ou ganha liberdade "ilegalmente" ou "não autorizada" durante a licença concedida ou acompanhada fora do perímetro da unidade/hospital de origem, fugindo da supervisão e do contato da equipe. **Falha no retorno (*failure to return*)**: Um paciente não retorna de uma licença sem acompanhamento autorizada.	Problemas com a coleta de dados e definições à parte, alguns estudos mostraram taxas de fuga semelhantes - cerca de 13% - enquanto outros estudos mostram uma gama de taxas, tanto mais altas quanto mais baixas. Isso é ainda mais complicado pelo potencial subnotificação de fugas de até 50%. O que parece claro é que os pacientes que fugiram uma vez provavelmente fugirão novamente, e que um pequeno subgrupo de pacientes é responsável por um número desproporcionalmente grande de incidentes de fuga.	Estão incluídos como fatores desencadeantes de fugas e evasões: - Raiva (após notícias indesejadas) - Sentir-se preso e confinado - Qualidade da comida - Tédio - Medo de outros pacientes - Preocupação com parentes ou bens - Necessidade ou desejo de realizar uma atividade ou responsabilidade	A fuga tem sido associada a suicídios subsequentes (25% de todos os suicídios de pacientes internados), além de danos a outras pessoas e outros problemas de saúde, econômicos e sociais. Nos serviços de saúde mental, a fuga tem sido frequentemente agrupada ou relatada como um comportamento desafiador ou como um preditor de comportamentos desafiadores no retorno ao serviço e é utilizada como justificativa para detenção. Pequenas saídas podem ser interpretadas como um comportamento que precisa de intervenção, devido ao risco de uma série de eventos possíveis enquanto a pessoa está ausente.

Autor, ano	Características dos pacientes que evadem	Fatores dos serviços que influenciam na evasão	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações
Hearn *et al.*, 2012[19] (conclusão)	As características dos pacientes evadidos são específicos para determinado período e contextos, entretanto, de forma geral as características são: pacientes mais jovens, sexo masculino detido compulsoriamente, diagnóstico de esquizofrenia, diagnóstico de transtorno de personalidade, solteiro, com história de fuga, anti tratamento, abuso de álcool, história forense, de grupos socialmente desfavorecidos, sem residência fixa, registro de trabalho ruim e história de abuso sexual.	Na história social, a fuga era um problema porque "ameaçava a razão de ser da internação", que era proteger a pessoa e os outros. Mais recentemente, a fuga tem sido explicada como parte da resistência ao "encarceramento". Nos serviços de saúde mental, o desafio é tomar decisões seguras relacionadas tanto ao comportamento quanto ao impacto potencial para a pessoa e outras pessoas ao seu redor. Frequentemente, as respostas podem ser desproporcionais ao risco real que se pensa que uma pessoa representa. A avaliação de risco de evasão (Ferramenta estruturada de avaliação - LARA) oferece uma estrutura objetiva para a equipe clínica considerar plenamente essas questões.	1. Licença de saída temporária estruturada para pacientes 2. Pacote de intervenção para impedir fugas (clareza das regras; identificação daqueles em alto risco; enfermagem direcionada para aqueles em alto risco; divulgação cuidadosa de más notícias, debate pós-incidente; e reavaliação interprofissional) 3. Pacote de intervenção pós-fuga, incluindo foto e informações importantes sobre o paciente. 4. LARA - Avaliação dos fatores de risco (fatores-chave de gravidade e probabilidade de fuga, recusa de tratamento e fatores socioambientais); identificação pela equipe de saúde de outros fatores que aumentam ou reduzem o risco de fuga; ponderação dos itens conforme clinicamente apropriado; categorização do risco pela equipe como alto, médio ou baixo.	1. "'Pode ser uma parte importante do tratamento, uma tábua de salvação para alguns pacientes e a diferença entre doença e recuperação."; 2. Trata-se de um livro sobre evitar fugas de pacientes psiquiátricos. Traz estudo que indica redução de 25% nas fugas; 3. Ferramenta de minimização de danos para auxiliar na ligação à polícia na ocorrência de fuga. 4. Propõe determinar se a licença pode ser facilitada e, posteriormente, o nível de intervenção necessário para uma licença segura. O autor indica que seja aplicada junto aos itens 2 e 3, além de ser realizada autoavaliação pela equipe sobre gestão de risco e uma avaliação de risco de violência no paciente como o HCR-20.	O estudo extrapola as informações trazidas pela literatura a respeito de serviços de internação psiquiátrica forense para serviços de menor restrição aos pacientes. A polissemia na definição de fuga traz incertezas nos dados comparativos entre os estudos, bem como estimativa de prevalência. A subnotificação estimada em até 50% pioram este quadro. Quanto às características dos internos envolvidos em fugas, os fatores são potencialmente relacionados ao contexto específico.	Em termos de predição de violência clínica, o HCR-20 é a medida de avaliação de risco mais amplamente utilizada na área de desordens mentais forenses (Lindsay et al., 2008), embora sua sensibilidade tenha sido questionada nesta população. Pesquisas em diferentes grupos clínicos dentro de uma população de pacientes forenses relataram que aqueles com comprometimento cognitivo foram responsáveis por 44% de todos os incidentes e 61% dos incidentes violentos, embora representassem apenas 25% (n = 61) do estudo total população. Este estudo não abordou avaliação ou validação da ferramenta proposta, nem utilizou qualquer metodologia específica para criação da mesma.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Consequências da evasão
Stewart; Bowers, 2011[20] (continua)	Narrativa	Examinas a relação entre trancar as portas das enfermarias e as taxas de fuga entre pacientes psiquiátricos adultos internados usando dados da literatura publicada disponível	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos PsycInfo, Cochrane, Medline, EMBASE Psychiatry, CINAHL e British Nursing Index. Foram incluídos 25 estudos primários (observacionais, experimentais e qualitativos), sendo 08 dos EUA, 11 do Reino Unido, 02 da Índia, 02 do Canadá, 01 na Irlanda e 01 da Austrália que sumarizaram aspectos relacionados à evasão dos serviços em vários tipos de enfermarias, variando de enfermarias agudas (n=31), unidades forenses (n=11), mista (n=33) e de psiquiatria no período de 1961 à 2001. A principal descoberta é que os estudos de enfermarias abertas tendem a relatar taxas mais altas de fugas e mais incidentes repetidos do que estudos de enfermarias fechadas, enquanto as taxas de estudos de enfermarias mistas ficam entre os dois. O estudo foi publicado em 2011 destacando que muitas das razões que levam os pacientes a evadirem, comparando enfermarias normais, forenses e mistas. Os achados desta revisão têm algumas limitações. A maioria dos estudos foi descritiva e muito poucos utilizaram técnicas multivariadas para analisar os fatores associados à fuga.	A fuga foi geralmente definida como um paciente ausente da enfermaria sem permissão oficial, no entanto, houve variações no período de tempo que um paciente poderia estar ausente antes de ser classificado como foragido, variando de 1 a 72 h. Alguns artigos referiam-se a um corte de 24 horas ou antes da meia-noite no dia da fuga, mas a maioria não especificava um período de tempo. Alguns estudos não possuem padrão de períodos de ausência, incluíam dados de pacientes que estavam sem licença médica, bem como aqueles que receberam alta contra orientação médica. A “alta sem orientação médica” não é pormenorizada no presente estudo e não são claros em quais termos ela ocorre. Porém para a construção deste artigo foi incluída como “fuga” pelos autores.	A dependência de dados registrados oficialmente significa que as taxas de fuga são suscetíveis à subnotificação, com alguns serviços tratam um paciente caso como fugitivo apenas quando os funcionários estão suficientemente preocupados. O estudo também aferiu a média de “fugas repetidas” para estudos de enfermaria aberta, mista e enfermarias trancadas foi de 1,25, 1,68 e 2,23, respectivamente. Vale salientar que foram considerados no item enfermarias trancadas, apenas serviços forenses.	O estudo elenca como potenciais consequências da fuga: tentativa de suicídio, overdose, automutilação e agressão a terceiros. Estes dados são relacionados a evasão pelos estudos primários que embasam o artigo, porém a metodologia aplicada não protege os dados do viés de confundimento, por exemplo, em pacientes com ideação suicida, não existe um comparador sobre incidência de suicídio pré-internação, dentro dos serviços de saúde mental ou após realizarem evasão dessas unidades. Para maior entendimento sobre a relação entre estes fatores e a evasão de pacientes, são necessários mais estudos acerca do tema.

Autor, ano	Fatores dos serviços que influenciam na evasão	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão
Stewart; Bowers, 2011[20] (conclusão)	Um fator que provavelmente influência os níveis de fuga é se as portas das enfermarias estão trancadas ou não, pois os estudos que abordam enfermarias abertas relataram taxas mais altas de evasão do que aqueles com enfermarias mistas. Seis estudos incluídos na revisão relataram que a maioria dos incidentes de fuga foram de enfermarias abertas, dois encontraram uma proporção maior de enfermarias fechadas e outros dois encontraram taxas aproximadamente iguais entre enfermarias abertas e trancadas. Evidenciando que não há certeza sobre os achados. Evidências de hospitais de alta segurança mostraram que grande proporção de fugas ocorre quando os pacientes estão fora do hospital para fins como reabilitação comunitária e idas ao tribunal, hospital ou prisão. Mesmo quando escoltados para fora do hospital, os pacientes são capazes de inventar ou tirar vantagem de lapsos de segurança se estiverem determinados a fugir. Por exemplo, o uso de janelas como meio de sair da enfermaria, hospital ou outro local foi descrito em diversos trabalhos. Em ambientes não forenses, a fuga era mais provável quando estão envolvidos pacientes durante a saída de enfermarias destrancadas ou não retornando de uma licença temporária acordada. A violação das medidas de segurança não é característica desses pacientes.	1. Segundo o estudo, o método mais direto de reduzir a fuga é aumentar a segurança: aumentar a altura das cercas, trancar as portas das enfermarias e reduzir o acesso a possíveis pontos de saída. 2. Estudos de outras formas de intervenção mostram taxas de fuga reduzidas em até 50%. Estas medidas incluem um pacote de iniciativas como assinar livros de entrada/saída e identificar o grau de risco de fuga dos pacientes.	1. Funcionários e pacientes podem ver as portas trancadas como meio de criar um ambiente seguro evitando que os pacientes causem danos a si mesmos e aos outro. No entanto, tais medidas não acabam com o problema da evasão completamente. As desvantagens incluem um ambiente de enfermaria mais volátil e depressão associada à falta de liberdade do paciente Maiores níveis de automutilação também foram associados ao aumento do travamento das portas das enfermarias. E também aumenta os riscos para pacientes e funcionários. 2. O desenho desses estudos de intervenção são embasados por um padrão metodológico limitado, não sendo testados com o devido rigor científico.	Existem limitações para contrastar estudos individuais. As diferenças na configuração dos serviços e nas características dos pacientes não são controladas. Por exemplo, as taxas mais baixas para enfermarias trancadas refletem o cenário forense, na maioria desses estudos, onde a segurança do hospital é mais rígida.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão
Stewart; Bowers, 2010[21] (continua1)	Narrativa	Trazer as evidências científicas que podem corroborar ou não com a abordagem da equipe, perfil do paciente que evade, em quais eventualidades isso ocorre, perspectiva do paciente quanto a fuga. Procurou trazer também o contexto no qual as evasões ocorrem, conceito de evasão para cada estudo, modo de conter o paciente (portas fechadas, abertas e mistas) suas taxas de evasão, entre outros.	Essa revisão de literatura é uma busca não sistemática, realizada a partir da pesquisa feita em 1998 por Bowers, o qual tratou de evasão dos pacientes. Foi utilizado como bases de dados CINAHL, PSYCHLIT, Cochrane Database of Clinicial Trials, PsycINFO, MEDLINER, EMBASE, British Nursing Index. Apenas estudos relatando resultados empíricos foram incluídos na revisão (75). Destes 58 foram coortes retrospectivas coletados através de registros de incidentes oficiais complementados com dados de outras fontes, 32 utilizaram comparação entre grupos. A maioria dos estudos foram realizados nos EUA(27) e Reino Unido (32). Outros países foram Canadá (8), Índia (4), Irlanda (2), Austrália(1) e Iran(1). Período de publicação foi entre 1961-2001. Não foi descrita nenhuma avaliação de qualidade metodológica dos estudos primários. Os estudos foram realizados em vários tipos de enfermarias, desde enfermarias de agudos (n=31), unidades judiciais (n=11), até uma mistura de enfermarias (incluindo várias categorias; n=33). Esta revisão examina as taxas de incidência das evasões, duração, conceitos de fuga, causa e consequência das evasões, bem como as características clínicas e sociais dos evasores.	Conceito de evasão foi definido como paciente ausente da enfermaria sem permissão oficial. Entretanto, pacientes ausentes entre 1 a 72 horas poderiam não ser considerados como evasão. Alguns artigos deram um limite de ausência até 24 horas, mas a maioria não especificou um período de tempo. A falta de precisão do tempo definido para ser considerada como evasão acaba por aumentar a dependência dos registros oficiais.

Epidemiologia da evasão
Para ajudar nas comparações foram calculadas as taxas de evasão baseadas em pacientes e eventos, padronizadas para 100 leitos ou admissões por mês. As taxas baseadas em pacientes foram mais comuns do que as taxas baseadas em eventos.Um total de 35 estudos forneceram informações suficientes para permitir cálculo padronizado da taxa de evasão. **Taxa por paciente:** 33 estudos forneceram informações suficientes para calcular uma taxa padronizada de evasão baseada em pacientes, onde: o número de pacientes evadidos por 100 admissões por mês (n=23) e o número de pacientes por 100 leitos por mês (n=22) **Taxa por evento:** Uma taxa baseada em eventos pode ser calculada em 20 estudos, onde: o número de incidentes por 100 admissões por mês (n=12) e o número de incidentes por 100 leitos por mês (n=15) **Por conceito:** Um estudo no Reino Unido que definiu a fuga como falta sem permissão e não retorno dentro de uma hora teve taxas mais altas do que o restante que não considerou esse critério. No entanto, outros critérios de inclusão e exclusão foram comuns principalmente se os pacientes que não retornaram da licença foram incluídos ou se a definição de AWOL foi limitada a pacientes cuja ausência causou alguma preocupação à equipe. **Unidades fechadas X abertas:** Estudos de hospitais com enfermarias trancadas relataram menores taxas de evasão em todos os tipos de medidas. Como esperado, as taxas de fuga foram substancialmente mais baixas para unidades judiciais do que outras instalações psiquiátricas. A taxa de evasão por 100 leitos por mês foi de 2,20 para hospitais com enfermarias fechadas, ainda consideravelmente menor do que para hospitais com enfermarias abertas. Alguns estudos compararam as taxas de fuga entre enfermarias fechadas e abertas dentro do mesmo hospital, mas as evidências não são conclusivas. Cinco estudos relataram que a maioria dos incidentes de fuga eram de enfermarias abertas. Apenas dois estudos apontaram taxas maiores para enfermarias fechadas. Um estudo não encontrou diferença significativa na taxas de fuga entre enfermarias abertas e trancadas. As taxas de fuga foram substancialmente mais baixas para unidades judiciais do que outras instalações psiquiátricas. **Taxas baseadas em fugas repetidas:** No geral, as medidas baseadas em eventos foram maiores do que as baseadas em pacientes, indicando que alguns pacientes fugiram mais de uma vez durante o período do estudo. Estudos de enfermarias abertas (ou principalmente abertas) relataram uma taxa média de fugas repetidas mais alta do que estudos de enfermarias trancadas (ou principalmente trancadas).Estudos de enfermarias mistas mostraram uma taxa maior do que as de enfermarias trancadas, mas uma taxa menor do que os estudos de enfermaria aberta. Um estudo de 1988 descobriu que 24% dos pacientes foram responsáveis por 44% dos incidentes de fuga. Um estudo de 1967 descobriu que 69% fugiram mais de uma vez em unidades de portas abertas ao longo do ano. Três estudos relataram que cerca de metade dos fugitivos fugiram mais de uma vez. A porcentagem foi consideravelmente menor para os outros estudos. Alguns estudos relataram a fuga de mais de um paciente no mesmo incidente. Ocorria principalmente em hospitais com presos judicializados. Os fugitivos repetidos eram mais propensos a serem detidos compulsoriamente no momento da fuga de um hospital psiquiátrico do Reino Unido. Outro estudo do Reino Unido descobriu que três quartos dos fugitivos repetidos foram admitidos compulsoriamente sob a Lei de Saúde Mental e que 64% eram de origem afro-caribenha, sexo masculino, idade entre 18 - 29 anos. Os repetidores eram menos propensos a serem diagnosticados com depressão ou ansiedade e serem empregados.

Autor, ano	Causas da evasão	Consequências da evasão
Stewart; Bowers, 2010[21] (continua2)	**Perspectiva do paciente e enfermagem** Em um estudo com 210 casos relatados os principais motivos para fuga foram: falha no tratamento (50%), problemas familiares (17%), álcool (12%), influência de outros pacientes (8%) e dinheiro (4%). Um estudo onde os motivos da fuga foram fornecidos pelos enfermeiros indicou que alguns pacientes evadiam pois nao sentiam que precisavam estar ali, outros por falta de amigos, familiares ou necessidade de dinheiro. Uma análise constatou que a fuga estava associada à agressão física, agressão verbal e horas de observação. **Fatores preditores de fuga** A recusa de medicação nas últimas 48h foi identificada como um preditor de fuga. Outro fator preditor de evasão foi paciente anti social, sintomas psiquiátricos, quebra de regras, outras tentativas de fuga anteriores e baixa adesão ao tratamento. **Hospitais de alta segurança** Há pacientes "aproveitadores de oportunidade" para evasão (os que se aproveitam de redução do pessoal, eventos casuais para fazer a tentativa) e há pacientes "criadores de oportunidade" pois havia um planejamento para fuga. O estudo sobre hospitais de alta segurança nos trouxe um total de 27 incidentes de evasões onde as tentativas ocorrem fora do hospital (viagem de reabilitação, viagem ao hospital, licença compassiva, escolta ou em grupo de trabalho externo), 12 fugas e 4 falhas no retorno da licença. Um estudo apontou 39% das fugas dos hospitais foi planejada, mas 50% foi classificada como impulsiva. **Hospitais** As fuga tendiam a envolver pacientes saindo de enfermarias destrancadas ou quando os pacientes estavam em licença temporária da enfermaria ou do hospital. A violação das medidas de segurança era rara. Por exemplo, dos 148 incidentes de fuga descritos em um estudo, 38% envolveram pacientes de enfermarias destrancadas onde os pacientes saíram da enfermaria ou foram encontrados desaparecidos após a saída. Dos pacientes em enfermarias trancadas, um terço estava em licença e depois não retornaram, 12% deixaram os membros da equipe sem permissão e apenas 6% violaram a segurança física da enfermaria/hospital. Outros incidentes incluíram a fuga de uma visita domiciliar, de sessões de terapia fora da enfermaria. Outros estudos relataram a proporção de pacientes fugitivos com algum tipo de permissão para deixar a enfermaria como 17% (Bowers et al. 1999a), 38% (Dewar, 1961), 45% (Kleis e Stout 1991) e 93% (Molnar e Pinchoff 1993). **Duração** Houve um consenso entre os estudos de que os pacientes evadidos geralmente ficam ausentes por períodos de tempo relativamente curtos. A duração mais comumente relatada foi de um dia ou menos. Quatorze estudos relataram que mais da metade dos pacientes que fugiram do hospital retornaram ao hospital durante esse período de um dia. **Destinos da fuga** Em um estudo de 1990 descobriram que quase metade dos pacientes fugitivos tem intenção de voltar para casa, 19% foram para outro local específico, 16% vagaram sem rumo. Entrevistas com 52 pacientes fugitivos mostraram que 63% foram para casa depois de fugir e em grande parte se envolveram em atividades normais.	Vários artigos detalham os danos que ocorreram aos pacientes depois que eles evadem. Isso inclui pacientes com overdose, tentativas de suicídios, automutilação e suicídio. Um pequeno número de mortes por outras causas também foi registrado. Um estudo relatou que um número muito pequeno de pacientes foi vítima de agressão e dois estudos citam agressão por parte dos evasores. Quase metade dos pacientes de um estudo do Reino Unido relatou estar com raiva ou infeliz por estar de volta ao hospital, enquanto 12% ficaram aliviados por terem retornado (especialmente se eles próprios retornaram. Em vários estudos, havia evidências de que os pacientes desfrutavam de atividades normais ou mundanas após a fuga. **Mudanças organizacionais como consequência da evasão** As consequências da fuga para a organização da enfermaria e manejo de pacientes individuais também foram registradas por alguns estudos. Em um estudo com 95 pacientes fugitivos, constatou que 2% foram transferidos para hospital no tratamento de retorno, 16% tiveram suas medicações trocadas, 15% foram transferidos para uma enfermaria mais segura. Outros estudos relatam diminuição de privilégios, mudança na medicação e transferências para unidades mais seguras. Ao retornar, 80% dos pacientes fugitivos foram colocados em uma enfermaria trancada. A transferência de fugitivos para enfermarias trancadas é mais provável se os pacientes já haviam fugido anteriormente

Autor, ano	Características dos pacientes que evadem	Fatores dos profissionais que influenciam na evasão	Fatores dos serviços que influenciam na evasão
Stewart; Bowers, 2010[21] (continua3)	São características de pacientes que evadem agitação, paranoia, ansiedade e psicose. A revisão aponta como mais incidente em pacientes fugitivos é a esquizofrenia, depressão maníaca e psicose induzida por drogas. Esquizofrenia e transtorno de personalidade foram os diagnósticos mais incidentes entre os pacientes fugitivos, entretanto os dados mais confiáveis vêm de estudos de caso-controle que apontam a psicose como provável fator diagnóstico associado à fuga. Um estudo realizado com 50 mil pacientes internados refere que a idade dos pacientes que evadiram foi de 15 a 19 anos e que a incidência de fuga diminuí com o aumento da idade. Porém houve consenso entre os autores quando afirmam que a fuga é mais comum entre os pacientes com menos de 40 anos. Os relatos sobre a média de idades variam de estudo para estudo desde paciente com 22 anos (Meyer et al., 1967), até 38 anos (Quinseye et al., 1997). Outro dado que reafirma o corte de idade consensuado pelos autores é o de pacientes que não fogem, pois a média de idade destes pacientes foi de 47 anos, mesmo sob condições idênticas dos pacientes com idade abaixo de 40 anos – licença médica por exemplo – estes pacientes não evadiram das unidades de internação. A partir de dados descritivos, houve um consenso de que os fugitivos são predominantemente do sexo masculino. Em contraste, apenas três artigos relataram mais fugas de mulheres (Farid, 1991; Lewis e Kohl, 1962; Walshet ai.1998). No entanto, a predominância de homens entre os foragidos reflete a população típica de hospitais psiquiátricos. Dois dos três estudos em que mulheres fugiram mais, também relataram que as mulheres constituíam a maioria dos pacientes (Farid, 1991; Lewis e Kohl, 1962). Poucos estudos examinaram vínculo empregatício, a acomodação ou o estado civil como fatores que podem estar associados à fuga. Daqueles que o fizeram observou-se que os fugitivos eram mais propensos a estavam desempregados. Quando observado o estado civil, nenhuma diferença estatística significativa foi visualizada. No entanto, pacientes solteiros tiveram a maior taxa de fuga em quatro estudos da revisão, e os pacientes casados ou que vivem com o parceiro tiveram uma probabilidade menor de fugir. O estudo abordou religião e a etnia dos fugitivos, quanto a religião observou-se uma maioria de católicos seguida por não cristãos. Quando abordado sobre a etnia as evidências não sugerem que há diferenças sistemáticas nas fugas por origem étnica. O histórico criminal também foi avaliado e evidenciou que pacientes com história criminal são ligeiramente mais propensos a evasão, porém um estudo de caso-controle pareado não encontrou diferença significativa entre pacientes com história criminal e o grupo controle.	A conduta dos profissionais de saúde que podem influenciar na evasão dos pacientes são: - Agir com hostilidade - Manter enfermarias trancadas - Criar um clima de punição aos pacientes - Não esclarecer os motivos/necessidade de internação para o paciente - Não possibilitar um ambiente de escuta das necessidades desses pacientes - Não esclarecer seu papel profissional diante dos cuidados do paciente (o papel profissional da enfermagem é especialmente confuso para os pacientes) Entrevistas com 25 enfermeiros do Reino Unido revelaram que a maioria se preocupavam quando os pacientes fugiam e ficavam igualmente aliviados quando os pacientes retornavam. O profissional que observava o paciente quando o mesmo evadiu é mais frequentemente culpado pela fuga. Uma minoria mencionou uma reação punitiva da administração do serviço / hospital após um incidente de fuga. Profissionais geralmente estão cientes das consequências da fuga e em geral, consideram entrar em contato com a polícia mais para se proteger de alegações de negligencia, e não porque achavam que a polícia seria eficaz.	O retorno voluntário do paciente evadido ao serviço de saúde pode estar relacionado à pressão exercida por amigos, familiares, polícia, etc.; ou por dificuldades físicas como fome, mal estar e necessidade de medicações. Ao observar o tempo de internação, na maioria dos casos, os estudos indicaram que os pacientes tendem a fugir nos primeiros dias de internação. Por exemplo, aproximadamente um terço dos fugitivos, de um estudo realizado nos EUA, evadiram nos primeiros 3 dias de internação (Molnaret ai.1985). Porém este período variou entre os estudos chegando a 21 dias. A relação da fuga com a hora do dia, não se encontrou dados estatisticamente relevantes, porém dos estudos que examinaram os padrões de fuga dentro da semana, a maioria relatou uma tendência para a fuga ocorrer durante os fins de semana. Os estudos concluíram que os motivos são as saídas medicamente permitidas para alguns pacientes podem afetar os pacientes que não têm o mesmo benefício e podem motivá-los a sair para "conseguir" o mesmo benefício. A quantidade de profissionais nesses dias é menor o que propicia a fuga. Outra motivação são os encontros familiares que ocorrem, normalmente, aos finais de semana. Quando avaliado a época do ano, evidencia-se maior incidência de evasões nos períodos quentes do ano.

Autor, ano	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações
Stewart; Bowers, 2010[21] (conclusão)	1. Psicoterapia de grupo ou reuniões comunitárias. 2. Pacote de intervenção: Livro de entrada/saída; comunicação solidária de más notícias; debriefing pósincidente; revisão multidisciplinar após 2 fugas; identificar pacientes com alto risco de fuga; tempo de enfermagem diário direcionado e contato social facilitado para pacientes de alto risco. 3. Portas do hospital trancadas 4. Pacote de intervenção: - Identificação daqueles em risco de fuga com verificações de hora em hora pela equipe de enfermagem e registros escritos; - Livro de saída para aqueles com privilégio fora da unidade; - Maior envolvimento do paciente no planejamento do tratamento; - Contratualização formal sobre privilégios fora da unidade. - Altas precoces com acompanhamento intensivo. 5. Sistema de internação em hospital-dia como padrão, com serviços de retaguarda com internação para cuidados intensivos (apenas para pacientes mais graves) e pousada (para pacientes com dificuldades sociais). 6. Introdução de uma economia simbólica através de "moedas" que podem ser trocadas por privilégios. Essas moedas são recebidas pelos pacientes pela adesão do aos planos comportamentais, participação em grupos e outras atividades.	1. Dois estudos avaliaram a introdução de grupos nas enfermarias e indicaram resultados positivos (redução das fugas em 50%). No entanto, ambos sofrem de limitações metodológicas: o primeiro estudo teve uma amostra muito pequena (8 homens), e o segundo foi confundido pela pesquisadora se mudar de uma ala para outra quase ao mesmo tempo das intervenções. 2. Dois estudos avaliaram antes e 3 meses depois da intervenção em 5 e 15 enfermarias, respectivamente, sem grupos controles. Ambos indicaram diminuição de 25% de fugas. 3. Dois estudos examinaram o impacto da diminuição da segurança ao destrancar as portas das enfermarias, e ambos descobriram que a taxa de fuga aumentou. No entanto, em destes estudos, a introdução de outras medidas especificamente destinadas a reduzir as fugas resultou numa subsequente diminuição das taxas de fugas. 4. Ensaio controlado que aplicou uma série de medidas para reduzir a evasão em uma enfermaria e comparou as taxas de fuga com outras enfermarias. O design parece não ter randomização e os dados fornecidos são escassos e difíceis de interpretar. No entanto, foi demonstrado um efeito de 50% de redução das fugas, embora seja impossível saber quais dos elementos da intervenção combinada foram significativos. 5. Um estudo com 70 participantes indicou 54% de redução de fugas. 6. Estudo realizado em unidade com 24 leitos, comparando com quatro meses antes da intervenção, reduzindo de 17 para 9 fugas. Quatro meses após a introdução do novo sistema, o número de incidentes de fuga caiu aproximadamente pela metade, embora os pequenos números envolvidos signifiquem que isso não atingiu significância estatística.	Apenas conclusões limitadas podem ser tiradas da literatura incluída nesta revisão. A maioria dos estudos é de natureza descritiva e poucos usam técnicas multivariadas para analisar quais fatores são mais preditivos de fuga. Daqueles que usaram uma abordagem analítica mais sofisticada, relativamente poucas variáveis preditivas são identificadas. Isso pode significar que é de fato difícil prever os fugitivos com muita precisão, embora alguns estudos argumentem que esse não é o caso. Alternativamente, a gama de medidas disponíveis é limitada, com uma tendência para características de base que são mais facilmente registradas em sistemas de dados oficiais e carecem de medidas de sintomatologia e interações equipe-paciente. A dependência muito clara de dados registrados oficialmente e as potenciais limitações desta fonte de informação não são devidamente reconhecidas. As taxas de fuga tendem a ser influenciadas pela subnotificação, com alguns hospitais realmente definindo um caso como fugitivo apenas quando os funcionários estão suficientemente preocupados. Além de subestimar o número de incidentes de fuga, isso também corre o risco de deturpar as características dos fugitivos. Em particular, pode haver uma inclusão excessiva de pacientes em internação compulsória porque é mais provável que eles sejam motivo de preocupação para a equipe. Estudos que definiram um fugitivo como não retornando à meia-noite ou dentro de 24 horas não relatam os resultados para pacientes que retornaram dentro desses limites, portanto, não sabemos como esses grupos de pacientes se comparam em termos de resultados ou características. Ainda são necessários métodos confiáveis para reduzir a fuga além de trancar as portas das enfermarias. A pesquisa pelo menos mostra que tais intervenções são possíveis de implementar, embora pareça haver dúvida se elas são capazes de impactar em fugitivos mais difíceis ou persistentes. Mais estudos de intervenção são necessários. Há também a necessidade aumentar a qualidade metodológica dos mesmos. Os desenhos de pesquisa para os estudos de intervenção eram fracos, não houve ensaios randomizados. A maioria dos estudos utilizou um desenho antes e depois sem controle. Os resultados positivos nem sempre foram demonstrados com testes estatísticos e não levaram em consideração outros fatores (por exemplo, características do paciente).	AMA- alta contra orientação médica. AWOL- pacientes ausentes da enfermaria sem permissão oficial

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Causas da evasão	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações
Wallier *et al.*, 2009[22]	Narrativa	Avaliar se o abandono do tratamento hospitalar para Anorexia Nervosa (AN) representam um sério obstáculo para o sucesso do tratamento.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos Medline e PsycINFO. Foram incluídos 07 estudos primários (observacionais, experimentais e qualitativos). Os países onde os estudos selecionados foram desenvolvidos não foram listados, porém os estudos selecionados abordam aspectos relacionados à evasão e desistência do tratamento de pacientes com anorexia nervosa internados em serviços de saúde no período de 1983 à 2006. A revisão aborda o conceito de possíveis causas e consequências que corroboram com o abandono do tratamento de regime de internação de anorexia, além de estratégias para diminuir a incidência do problema. A revisão sistemática foi publicada em 2009 destacando que as razões que levam os pacientes a abandonarem o tratamento são multifatoriais e necessitam de estudos direcionados, metodologicamente bem conduzidos, porém assume que a qualidade da evidência disponível no momento de realização da revisão, é limitada, além disso observa-se risco de viés ou influência dos pesquisadores nos processos de pesquisa. Portanto a confiança nos achados é baixa.	O artigo aborda o tema o denominando de desistência (drop-out). Relata que cada estudo que embasa a revisão traz uma definição diferente sobre o tema. O consenso se dá nas categorias, sendo subdivididas abandono precoce, médio e tardio, porém cada autor utiliza um período de tempo ou unidade de medida diferente para quantificar cada um deles. A desistência precoce, por exemplo, variou de 01 a 06 semanas, sendo as unidades de medidas utilizadas foram objetivo de peso, porcentagem alcançada sobre o objetivo terapêutico e IMC. Godart *et al.* classificaram os pacientes como desistentes apenas em duas categorias – precoces ou tardios. Classificando-os de acordo com o momento da desistência em relação aos objetivos terapêuticos, não utilizando uma unidade de medida e sim quantificando subjetivamente a proximidade com o objetivo e tempo terapêutico.	Os estudos abordam que o peso (IMC ou IBW) é um possível preditor de abandono da internação. Porém os estudos divergem sobre esse dado e sobre a veracidade do peso influenciar para a desistência do tratamento. Dois estudos relatam que o IMC mais alto na admissão é o fator de risco, em contrapartida outros 3 estudos relatam que IMC baixo que aumenta o risco de abandono de tratamento em pacientes internados. Da mesma forma, um estudo avaliou a relação entre o percentual de IBW (unidade de medida semelhante ao IMC) na admissão e evasão, mas não encontrou relevância epidemiológica na relação entre os dois. Um dos estudos utilizados refere a relação da desistência com a idade, relatando que pacientes mais velhos são mais propensos a abandono de tratamento, porém não é evidenciado pelo o estudo qual a idade de corte, nem a relação entre o grupo considerado “mais velho” e o grupo considerado “mais novo” pelos autores. A idade, na admissão do serviço de saúde, foi avaliada por outros cinco estudos mas não foi encontrada relação direta da idade com o abandono da internação. Três estudos relatam que um subtipo de compulsão alimentar/purga está relacionada a um risco aumentado de abandono de tratamento. Os estudos abordam o fator depressão como contribuinte para o abandono do tratamento, dizendo que existem relações e que os autores discordam sobre o assunto pois alguns defendem que o aumento dos níveis de depressão aumentam o risco de evasão, enquanto outros relatam que ao diminuir esses níveis que ocorre o aumento do risco de abandono do tratamento, pois a depressão aumenta a consciência dos pacientes sobre sua necessidade de ajuda e os mantem colaborativos com o tratamento. Dois estudos consideraram as subescalas "Medos da Maturidade" do Inventário de Transtorno Alimentar 2, estavam relacionados ao abandono do atendimento hospitalar. Ambos descobriram que maiores medos de maturidade levam ao término prematuro do tratamento.	Alguns dos estudos que embasam a revisão, não distinguem a alta administrativa prematura da desistência do paciente. A experiência clínica sugere que a alta administrativa prematura da internação pode estar relacionada à impulsividade, enquanto a desistência durante a internação estaria relacionada à estagnação do progresso (ou seja, falta de ganho de peso). As modalidades de tratamento diferiram de um estudo para outro. Embora vários programas de tratamento afirmaram que dão alta ao paciente por falta de ganho de peso ou progresso, a quantidade de tempo que um paciente pode ficar no hospital enquanto estagna ou perde peso parece variar muito de uma equipe para outra, portanto estes dados podem ser sub ou supernotificado.	Segundo o autor as taxas de abandono podem ser influenciadas pelas composições da amostra, modalidades de tratamento e definições de abandono. Em primeiro lugar, em termos de composição da amostra, uma das maiores diferenças observadas está relacionada à idade, com um estudo envolvendo adolescentes, adultos jovens e os demais adultos. Fatores adicionais, e principalmente fatores relacionados ao ambiente familiar do paciente, podem predizer o abandono de adolescentes.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Características dos pacientes que evadem	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão
Fassino *et al*., 2009[23]	Narrativa	Resumir as evidências sobre abandono de tratamento de pessoas com transtornos alimentares com ênfase nas implicações clínicas e seus pontos nevrálgicos.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos MEDLINE, PsycINFO e Bibilioteca Cochrane. Foram incluídos 37 estudos (03 ensaios clínicos randomizados e o restante restrospectivo e estudos não controlados. Entre os 37 estudos apenas 09 abordaram questões de abandono de tratamento em pacientes internados, estes foram publicados entre os anos de 1983 e 2008. A revisão aborda as definições de abandono de trabamento e os fatores preditores do abandono em relação aos diferentes transtornos alimentares. A diversidade das variáveis presentes nos estudos impossibilitou a condução de uma metanálise. As amostras dos estudos são de baixa qualidade por sem penas,diferentes com baixo poder estatístico e há uma variância em relação a definição de evasão.	Interrupção não consensual do tratamento com base na decisão do paciente.	A taxa de abandono de trabatamento de transtornos alimentares em pacientes internados variou de 20 a 51%.	Em relação ao tipo de transtorno alimentar mais frequente que atua como preditor de abandono de tratamento nas internações é a anorexia nervosa tipo purgativa.	Os pacientes com maior risco de evasão foram definidos como impulstivos e emocionalmente desregulados.	São necessários mais estudos em relação ao acompanhamento do tratamento de pessoas com transtornos alimentares pois o abandono de tratamento é um evento sempre ruim tanto para o paciente uanto para seus familiares.	Está revisão utilizou estudos com amostras pequenas e grande variabilidade nas definições de evasão.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Epidemiologia da evasão	Fatores dos profissionais que influenciam na evasão	Fatores dos serviços que influenciam na evasão
Merwe *et al*., 2009[24] (continua)	Narrativa	Reunir informações acerca de internações psiquiátricas compulsórias em instituições a "portas trancadas"	Foi realizada busca não sistemática em 9 bases de dados: SAGE Journals Online, EBM Reviews, British Nursing Index, CINAHL, EMBASE Psychiatry, International Bibliography of the Social Sciences, Ovid MEDLINE, PsycINFO e Google. Um total de 11 artigos foram encontrados acerca do tema de internações psiquiátricas compulsórias em instituições de portas fechadas. São 07 artigos da Europa, 03 da América e 01 da China. Os estudos foram predominantemente descritivos e foram realizados entre 1960 e 2008. Método de coleta de dados: 05 estudos utilizaram entrevistas, 04 estudos utilizaram questionários, 01 artigo descreveu um grupo focal, 01 ensaio clínico randomizado. Os autores procuraram investigar as vantagens e desvantagens de uma unidade permanecer de portas fechadas do ponto de vista do paciente e do ponto de vista da equipe. Trouxeram também o nivel de satisfação do paciente com o tratamento de portas fechadas e os sintomas que começam a desenvolver estando trancados. O artigo não trouxe uma conclusão categórica devido a pequena quantidade de estudos que tratam do tema. Eles afirmam ser necessário mais pesquisas para se entender o real impacto das unidades a portas trancadas e que esses futuros resultados poderão auxiliar os formadores de políticas a decidir se é mais benéfico ter enfermarias permanentemente fechadas ou abertas.	A partir dos achados da revisão, era claro que pacientes e equipe sentiram que a política de portas fechadas de uma unidade impediria os pacientes de fugir ou prejudicar o outro. No entanto, em um estudo retrospectivo de evasões realizados no Hospital All Saints em Birmingham, pouco menos de 50% de todas as evasões ocorreram em unidades trancadas. Em outro estudo semelhante de 1966 foi relatado 20% de evasões. Richmond et al. (1991) trouxe que 21% eram de enfermarias trancadas. Em um outro estudo de 1985 a abertura das enfermarias aumentou as taxas de evasão de 2,5% para 7%.	Embora o artigo aponte vantagens e desvantagens de uma unidade a portas trancadas nenhum fator relacionado aos profissionais pontuou para evasão dos pacientes de acordo com os estudos.	Um ECR nos apresentou piora clínica dos pacientes a portas fechadas, no entanto nada foi pontuado como fator para aumento ou diminuição da evasão.

Autor, ano	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão
Merwe *et al*., 2009[24] (conclusão)	1- Unidade com enfermarias a portas trancadas permanentemente	**Vantagens da perspectiva do paciente:** Ampliava sensação de segurança; proteção contra visitantes indesejados, roubo, consumo de substancias ilícitas trazidas de fora; proteção à comunidade externa impedindo que os pacientes saíssem da enfermaria e prejudicassem os outros. Alguns pacientes relatavam que as portas trancadas forneciam o controle necessário para os cuidados de forma eficiente, outros afirma que os familiares se sentiam melhor sabendo que as portas ficavam trancadas. **Desvantagens da perspectiva do paciente:** Em quatro estudos diferentes, os pacientes afirmam ser desanimador ficar a portas trancadas; relatam sensação de estar preso, confinados e passivos. Afirmavam que as portas trancadas realçavam o poder das equipes e os faziam sentir deprimido e ansioso. Alguns pacientes afirmam ser mais trabalhoso para a equipe de saúde pois eles têm que abrir e fechar as portas constantemente, outros afirmam que o ato de abrir e fechar faz com que eles se sintam em uma prisão de verdade. **Vantagens de unidades de portas trancadas da perspectiva da equipe-** Cinco estudos indicam que a principal razão dada pela equipe foi segurança e proteção. As portas trancadas evitavam que os pacientes fugissem e se machucassem, trazia mais segurança aos pacientes incapazes de se controlar. As portas fechadas dão o controle para gerenciar adequadamente os cuidados. Um estudo afirmou que enfermarias trancadas criava uma atmosfera de enfermaria mais terapêutica porque a equipe pode passar mais tempo com os pacientes em vez de ficar constantemente vigiando a porta. As equipes afirmaram que foi reduzido o trabalho de observar constantemente os pacientes e de conter os que tem risco de fuga. **Desvantagens de unidades de portas trancadas da perspectiva da equipe -** Os membros das equipes demonstraram preocupação constante com o fechamento das portas; alguns reclamaram do trabalho extra de fechar e abrir as portas; sentimento de frustração da equipe por causa do ambiente fechado. A equipe afirmou que as portas trancadas reforçavam o estigma de doença mental e reforçavam também o desequilíbrio de poder entre a equipe e os pacientes. Os visitantes sentiam - se indesejados no local. **Agressões e portas fechadas-** Um estudo monitorou o comportamento dos pacientes por 20 semanas consecutivas: as primeiras 10 semanas foram de portas trancadas e as últimas 10 semanas foram de portas fechadas. Durante a fase de portas fechadas houve 249 incidentes de agressão enquanto com as portas abertas foram 193. Esta redução ocorreu juntamente com a redução de intervenções da equipe para conter paciente, procedimento de sedação e Eletroconvulsoterapia. **Satisfação do paciente com o tratamento e sua relação com a porta (aberta ou fechada) -** Não foi encontrado diferença significativa nos achados por parte dos pacientes quanto à sua satisfação quando as unidades estão abertas ou fechadas. **Sintomas do paciente e sua relação com a porta aberta ou fechada) -** Um ensaio clínico randomizado foi realizado com 50 mulheres de uma mesma unidade. As mulheres alocadas no grupo experimental tiveram mais liberdade (portas abertas) e eram encorajadas a praticar as atividades previamente estruturadas, no grupo controle não era permitido sair e não eram encorajadas a praticar atividades. Após 6 meses o grupo experimental teve melhora dos sintomas, melhora de atividades motoras e mais energia para praticar as atividades. No fim, concluiu se que os tratamentos de portas abertas melhora significativamente a vida dos pacientes.	Esta revisão foi severamente limitada por incluir apenas estudos conduzidos em hospitais psiquiátricos a portas trancadas. Alguns artigos são antigos (sendo de 1960) e seus achados talvez não possam ser trazidos para a atualidade.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Causas da evasão	Fatores dos profissionais que influenciam na evasão	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão
Alexander; Bowers; 2004[15]	Narrativa	Essa pesquisa buscou trazer como a organização dos serviços, gerência das enfermarias com regras mais ou menos flexíveis afeta o paciente em seus desfechos clínicos.	Os autores realizaram uma busca não estruturada nas bases de dados científicos CINAHL e PSYCHLIT. Foram encontrados 198 artigos onde somente 21 (estudos qualitativos) são citados pelos autores no texto. Não é claro o critério utilizado para inclusão ou exclusão dos artigos selecionados. Eles organizaram a revisão de literatura em ordem cronológica com artigos de 1967 a 2003. Os autores geralmente não citam o local onde foram feitos os estudos, nem a qualidade metodológica dos mesmos. Os dados que dizem respeito a flexibilidade das regras das enfermarias provocavam nos pacientes comportamentos diversos e falharam em apontar um único desfecho. Grande parte dos estudos falharam em identificar aspectos específicos da relação paciente-enfermeira. Informações importantes sobre as regras que estavam sendo implementadas foram perdidas. No entanto, as evidências apontam para uma relação importante entre as regras da enfermaria e a violência do paciente, e para uma relação entre a interação enfermeiro-paciente e a forma como se implementam as regras. As descobertas revisadas acima não levam a conclusões suficientemente firmes sobre qual a melhor conduta a ser tomada.	Um estudo (Bowers 1999) aponta evidências de que os pacientes fogem devido a restrições impostas a eles durante a internação. Este mesmo estudo vinculou a evasão, que pode ser vista como quebra das regras, com a aplicação insensível das regras da enfermaria e com a banalização das vontades dos pacientes.	Um estudo de 1999 aponta que quando os profissionais de saúde banalizam as queixas dos pacientes eles tendem a evadir mais das unidades	1. Maior flexibilidade das regras da enfermaria 2- Maior inflexibilidade das regras da enfermaria	**Opção 01:** - É importante a flexibilização das regras para pacientes com distúrbio de personalidade uma vez que eles são pouco tolerantes às frustrações. - Falta de clareza e inconsistência das regras da enfermaria levavam a um número maior de episódios de descumprimento das regras e violência. - Um estudo de 1994 apontou que enfermaria com o menor número de agressões obteve maior pontuação em autonomia, orientação prática e orientação para problemas pessoais. **Opção 02:** - Um estudo apontou um aumento de 32% dos incidentes de violência quando se aumentaram as restrições. - Um estudo apontou que o aumento da violência por parte do paciente estava associada às atitudes dos enfermeiro para se manter o controle da situação. - Um estudo de 1996 apontou o uso de decisões arbitrárias por parte dos enfermeiros para ter o controle da enfermaria. - Um estudo de 1994 apontou que a enfermaria com as maiores taxas de agressão também teve os maiores níveis de controle relatados	Os estudos analisados pelos autores não foram descritos de maneira pormenorizada. Vale dizer, desenho do estudo, amostragem (n), risco de viés, método, limitações dos estudos, entre outros. Na conclusão os próprios autores dizem que os achados não podem ser sustentados firmemente para uma tomada de decisão e que são necessários mais estudos para uma escolha de abordagem.

Autor, ano	Tipo de revisão	Objetivo do estudo	Síntese geral do artigo	Conceito de evasão	Epidemiologia da evasão	Causas da evasão	Consequências da evasão
Bowers; Jarrett; Clark, 1998[16] (continua)	Narrativa	Reunir achados de pesquisas sobre fugas, publicadas até 1997.	Os autores realizaram uma busca estruturada nas bases de dados científicos CINAHL, PSYCLIT, Cochrane Database of Clinical Trials. Foram incluídos 32 estudos primários (observacionais, experimentais e qualitativos), sendo 19 dos EUA, 07 do Reino Unido, 03 da Índia e 03 do Canadá que sumarizaram aspectos relacionados à evasão dos serviços de psiquiatria de 1962 à 1993. A revisão aborda o conceito de evasão, suas causas, consequências e prevalência, as características dos pacientes e o método utilizado para a fuga, além de estratégias para diminuir a incidência do problema. Esta é a primeira revisão de literatura sobre o tema - publicada em 1998 - e apresenta a necessidade de mais estudos. Os incluídos são metodologicamente fracos e mal redigidos. A confiança nos achados é baixa.	O conceito de evasão (*absconding*) foi um problema para a assimilação dos dados pois nenhum estudo fez uma exposição categórica da sua descrição, criando várias variáveis que por vezes eram contabilizadas para os estudos, outras não. Alguns estudos consideram evadidos os pacientes que não retornam após uma saída oficial, e outros não. Alguns incluem saídas curtas temporárias, outros consideram evadidos os pacientes somente após 24 horas e ainda alguns apenas as evasões que resultam em alta. Alguns estudos ainda têm dificuldades em distinguir "alta a pedido" (quando há um diálogo com a equipe de saúde) de fuga (quando o paciente simplesmente sai).	É difícil estabelecer taxas reais visto que os estudos incluídos são heterogêneos, com maneiras diferentes de aferição. Excluindo os serviços psiquiátricos forenses e de adolescentes, a taxa média de fuga por serviços psiquiátricos gerais fornecidos pelos estudos incluídos na revisão é 12,6% dos pacientes internados, com variação de 2% a 44%. Não foi detectada tendência significativa de crescimento ou declínio ao longo do tempo. É possível que as taxas de evasão sejam maiores do que as oficiais devido à provável subnotificação, pois quando o risco é considerado baixo, a equipe de saúde tende a esperar o retorno do paciente ou telefonam para o mesmo e familiares para que o paciente retorne, antes de iniciar o procedimento de fuga oficial.	Pacientes que evadem podem buscar uma sensação de independência e liberação de suas ações, além de uma diminuição da paranoia por não estar mais sob observação. É possível que a constatação reiterada de que pacientes detidos compulsoriamente têm maior probabilidade de evasão possa apenas refletir o grau de preocupação e responsabilidade que os profissionais sentem com esses pacientes, sendo, portanto, esses eventos mais bem registrados do que quando ocorre com outro perfil de pacientes. Entretanto há estudos que demostram altas taxas de evasão entre pacientes com questões judiciais. Um estudo de 1962 apontou que não havia um único fator que levou a pessoa a fugir, mas sim três ou quatro fatores que interagiam para atuar como um gatilho. . 'Falha de tratamento' foi um fator importante na fuga em 50% dos casos. Esta categoria abrangeu a relação médico/paciente, questões relacionadas à medicação e problemas relativos à sintomatologia ativa. A próxima categoria mais citada de motivos são relacionados a problemas familiares, incluindo falta de visitas, parentes que estavam doentes e problemas de relacionamento - os autores especularam que os pacientes podem não estar necessariamente fugindo do hospital, mas sim indo em direção a um membro significativo da família (com quem pode ter uma relação ambivalente ou de responsabilidade). Uma pequena porcentagem de pacientes relatou ter sido influenciada por outros pacientes como um fator em sua fuga, outros saíram para obter álcool e alguns saíram para gastar dinheiro recentemente adquirido. Não houve nenhuma razão clara encontrada em apenas 8% dos casos. Um estudo qualitativo de 1986 relaciona a evasão com uma 'sensação de falta de sentido'. Os pacientes relataram que não sentiram necessidade de serem internados no hospital, que seus problemas eram administráveis sem essa intervenção, mas seus médicos discordaram, deixando-os sem entender por que deveriam ser hospitalizados. Uma vez no hospital, os pacientes sentiram que seu plano de tratamento era inútil, falhando em reconhecer e resolver seus problemas e situação. Para agravar ainda mais esse sentimento de falta de sentido em relação à sua permanência no hospital, para eles também não estava claro qual era o papel da enfermeira. Em um estudo de 1990, 19% dos pacientes evadiram porque estavam incomodados com outros pacientes, 17% pelo medo do estigma de estarem internados em hospitais psiquiátricos, 13% por não gostarem da equipe de saúde, 11% por não gostarem da comida, 8% por não gostarem da enfermaria; 7% pela falta de privacidade; e 5% em resposta à alucinações. Em mais de 50% dos casos, não houveram mudanças nos cuidados desses pacientes após seu retorno à enfermaria.	Há relação entre a evasão com automutilação grave e suicídio. Cerca de 20% a 30% dos suicídios em pacientes internados ocorreram após fuga do serviço de saúde (dados das décadas de 1970 e 1980 da Europa). A fuga também pode resultar em autonegligência grave ou morte por exposição, além das consequências da falta de tratamento como duração maior da internação subsequente e demora à remissão dos sintomas. Pode ocorrer perda total de contato com os serviços psiquiátricos. O comportamento de fuga, embora em menor grau, também pode ser associado à atos de violência, inclusive assaltos e assassinatos. A evasão de um paciente também pode reduzir drasticamente a confiança dos amigos e familiares nos serviços de saúde, o qual consideram "um local de segurança". A fuga de pacientes também gera preocupação e procedimentos burocráticos que tomam tempo e energia dos profissionais e serviços de saúde, que podem ainda sofrer ações legais.

Autor, ano	Características dos pacientes que evadem	Fatores dos profissionais que influenciam na evasão	Fatores dos serviços que influenciam na evasão	Opções de abordagem do problema	Informações referentes às opções de enfrentamento do problema	Considerações que afetam a confiança nos achados da revisão	Observações
Bowers; Jarrett; Clark, 1998[16] (conclusão)	Pacientes que evadem são geralmente jovens, solteiros e do sexo masculino, e tendem a vir de grupos desfavorecidos dentro da sociedade mais ampla. Em relação ao diagnóstico, portadores de esquizofrenia são mais prevalentes entre os pacientes fugitivos dos serviços de psiquiatria para adultos. Outras características prevalentes nos fugitivos são: impulsividade, inclinação à desobediencia e propensão a agir sob estresse.	Equipes mais experientes têm menor taxa de evasão em comparação com equipes mais inexperientes ou despreparadas. Um estudo de 1968 especulou a possibilidade de pacientes se sentirem ameaçados por médicos "cheios de zelo terapêutico" pois determinados médicos tinham taxas mais altas de pacientes evadidos.	Os estudos descrevem que pacientes se aproveitam dos lapsos de atenção dos profissionais para evadir. Um estudo de 1966 relata que a maioria das fugas ocorreu quando foi permitido aos pacientes deixar as enfermarias desacompanhados. O mesmo estudo relatou que uma a cada cinco evasões ocorreram enquanto as enfermarias estavam trancadas, pacientes restritos à unidade e funcionários parados na porta. Em outro estudo de 1966 os pacientes disseram que simplesmente deixaram as enfermarias ou evadiram durante atividades recreativas. Dois estudos concluíram que metade das evasões ocorreram durante uma saída temporária autorizada pela equipe. Houve pacientes que relataram evasão pelo ar condicionado e janela, bem como pela porta aberta. Alguns receberam auxilio dos visitantes para fuga utilizando lençóis amarrados para descer do quinto andar. Há mais eventos de fuga dos pacientes em climas quentes do que nas estações frias. Um estudo de 1985 identificou mais evasões aos sábados e um de 1968 que elas tendiam a ocorrer mais no fim da tarde e no horário das refeições, sendo mais raras durante as atividades.	1. Diminuir a segurança e destrancar as portas da enfermaria; 2. Psicoterapia de grupo centrada no usuário; 3. Hospitalização parcial; 4. Pacote de intervenções com: - Identificação e checagem horária dos pacientes com maior risco de fuga pela enfermagem; - Contratação formal de privilégios fora da unidade com alguns pacientes; - Maior envolvimento do paciente no planejamento do tratamento; - Alta precoce com acompanhamento ambulatorial intensivo pós alta	1. A intervenção fez as taxas de evasão aumentar de 20.4% para 28.4% em um estudo e de 2.5% para 7% em outro. 2. Programa de grupo que dá voz aos pacientes. Tiveram mais de 50% de redução das taxas de evasão (02 estudos). 3. Implantação do sistema de hospital-dia. A mudança no tipo de internação reduziu em 54% as taxas de evasão; 4. 50% de redução das taxas de evasão.	Os estudos são, em sua maioria, metodologicamente fracos, mal descritos e utilizam amostras pequenas. Pouco pode ser concluído com confiança. Em suma, não existem argumentos completamente convincentes, ensaios bem projetados e rigorosamente realizados de intervenções para reduzir a fuga. No entanto, as evidências disponíveis relatam que provavelmente as enfermarias abertas têm mais fugas do que aqueles que estão trancados.	A revisão apresenta a necessidade de mais estudos. As intervenções para reduzir as fugas devem ser concebidas e testadas em ensaios clínicos rigorosos, usando grupos controle, cegamento e randomização.