

# CARACTERIZAÇÃO DA RESTRIÇÃO FÍSICA DE PACIENTES EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE HOSPITAL GERAL

Karoliny Cavalheiro da Silva<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-1986-1017>

Marcio Roberto Paes<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0003-0305-1500>

Tatiana Brusamarello<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0002-8060-8723>

**Objetivos:** caracterizar a restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de um hospital geral. **Método:** pesquisa quantitativa, descritiva realizada em unidades de terapia intensiva de hospital geral em 2019. Foram observados 80 episódios de restrição física em 33 pacientes. Utilizou-se um instrumento estruturado para coletar os dados, que foram analisados por estatística simples. **Resultados:** todas as restrições mecânicas estavam aplicadas nos membros superiores com a utilização de pulseiras, das quais 77,5% eram de ataduras de crepe com compressa cirúrgicas; 86,3% dos casos tinham restrição parcial dos movimentos. Do total das restrições, 96,2% ocorreram em pacientes com sonda nasogástrica/enteral, 67,5% em pacientes sob ventilação mecânica; 53,9% dos casos os pacientes estavam sob sedação; 33,3% apresentavam agitação psicomotora. Houve somente 5,2% de registros de enfermeiros e 42,5% de técnicos de enfermagem no prontuário do paciente, contudo inexistia a prescrição médica ou de enfermagem do procedimento. **Conclusões:** identificou-se a falta de critérios definidos para o uso da restrição física dos pacientes. A inexistência de prescrição de enfermagem ou médica e baixa qualidade e quantidade de registros sobre o procedimento interferiu na compreensão da justificativa do emprego da restrição física.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Restrição física; Unidades de terapia intensiva; Hospitais gerais.

## CHARACTERIZATION OF PHYSICAL RESTRICTION OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS IN A GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** to characterize the physical restriction of patients in intensive care units of a general hospital. **Method:** quantitative, descriptive research conducted in intensive care units of a general hospital in 2019. The researchers observed eighty episodes of physical restriction in 33 patients. A structured instrument was used to collect the data, which were analyzed using simple statistics. **Results:** all mechanical restrictions were applied to the upper limbs with the use of bracelets, of which 77.5% were made of crepe bandages with surgical compresses; 86.3% of the cases had partial movement restriction. Of the total restrictions, 96.2% occurred in patients with a nasogastric/enteral tube, 67.5% in patients on mechanical ventilation; 53.9% of the cases the patients were under sedation; 33.3% had psychomotor agitation. There were only 5.2% of nurses' records and 42.5% of nursing technicians in the patient's health charts, however there was no medical or nursing prescription for the procedure. **Conclusions:** it was identified the lack of defined criteria for the use of the physical restrictions. The lack of a nursing or medical prescription and low quality and quantity of records on the procedure interfered with the understanding of the justification for the use of physical restriction.

**Descriptors:** Nursing; Nursing care; Physical restriction; Intensive care units; General hospitals.

## CARACTERIZACIÓN DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL GENERAL

**Objetivos:** caracterizar la restricción física de pacientes en unidades de cuidados intensivos de un hospital general. Método: investigación cuantitativa y descriptiva realizada en unidades de cuidados intensivos de un hospital general en 2019. Se observaron 80 episodios de restricción física en 33 pacientes. Se utilizó un instrumento estructurado para recopilar los datos, que se analizaron mediante estadísticas simples. **Resultados:** todas las restricciones mecánicas se aplicaron a las extremidades superiores con pulseiras, de las cuales el 77,5% estaban hechas de vendas con compresas quirúrgicas; el 86,3% de los casos tenían restricción de movimiento parcial. Del total de restricciones, el 96,2% ocurrió en pacientes con sonda nasogástrica / enteral, el 67,5% en pacientes con ventilación mecánica; El 53,9% de los casos los pacientes estaban bajo sedación; El 33,3% tenía agitación psicomotora. Solo había 5,2% de los registros de las enfermeras y el 42,5% de los técnicos de enfermería en la historia clínica del paciente, sin embargo, no hubo prescripción médica o de enfermería para el procedimiento. **Conclusiones:** se identificó la falta de criterios definidos para el uso de las restricciones físicas de los pacientes. La falta de una receta médica o de enfermería y la baja calidad y cantidad de registros en el procedimiento interfirieron con la comprensión de la justificación para el uso de restricción física.

**Descriptorios:** Enfermería; Atención de enfermería; Restricción física; Unidades de cuidados intensivos; Hospitales generales.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, PR, Brasil.

Autor correspondente: Karoliny Cavalheiro da Silva - Email: karoliny.cavalheiro@yahoo.com.br

Recebido: 26/02/2020 - Aceito: 15/05/2020

## INTRODUÇÃO

Em ambiente hospitalar, a restrição física de pacientes é um procedimento comum e, geralmente, realizado pela equipe de enfermagem. Tal estratégia tem como objetivo, restringir os movimentos de pacientes que apresentam agitação psicomotora, desorientação ou confusão mental a fim de lhes oferecer maior segurança, assim como aos profissionais de saúde. Isto porquanto, esses quadros clínicos de alteração mental e/ou comportamental podem aumentar os riscos de quedas ou da remoção acidental de artefatos que garantem a continuidade do tratamento, causando danos graves aos pacientes como, por exemplo acesso venoso periférico ou central, acessos arteriais, tubo orotraqueal, cateter vesical de demora, cateteres enterais, dispositivos de monitorização invasivas e não-invasivas<sup>(1)</sup>.

A restrição física pode envolver inicialmente a abordagem verbal por meio de orientações da equipe de saúde, como estratégia de colaboração ou autocuidado do paciente. Todavia, dependendo da gravidade, do estado de saúde e dos mecanismos psíquicos alterados do paciente, tal intervenção pode não responder satisfatoriamente. A fim de promover a segurança da pessoa durante a internação, a equipe de enfermagem pode utilizar-se de ações físicas para segurar, imobilizar e mantê-la no leito por meio do uso de dispositivos mecânicos ou manuais que limitam suas ações<sup>(1-2)</sup>. Estudos descrevem alguns tipos de dispositivos que comumente são utilizados em serviços de saúde não psiquiátricos: pulseiras de retenção para punhos, ataduras com nós de punhos e tornozelos, cintas e coletes para tórax e abdômen<sup>(1-3)</sup>.

Apesar da restrição física ser um procedimento correlacionado à assistência de pessoas com transtornos mentais na psiquiatria, ela é comumente utilizada em outras áreas de cuidado: prontos-socorros, unidades de cuidados ao idoso, pediatria e também em unidades de terapia intensiva<sup>(1-6)</sup>.

Para tanto, o procedimento deve ser realizado com rigor técnico, guiado por protocolos institucionais, equipe treinada, utilização de dispositivos mecânicos apropriados, que ofereçam conforto e proteção ao paciente contido, além de monitorização e observação contínua da equipe de enfermagem<sup>(1-2,6)</sup>. Isto porque, a restrição física é um procedimento passível de ocorrência de lesões físicas, produção de danos secundários e complicações aos pacientes, tais como: edemas, broncoaspiração, obstrução de vias aéreas com asfixia, rabdomiólise, trombose venosa profunda, lesões por pressão, escoriações e/ou hematomas principalmente nas regiões de aplicação direta dos dispositivos de restrição, e inclusive a morte do paciente. Existe ainda o

risco de se produzir danos psicológicos e implicações médico-legais<sup>(2)</sup>.

O uso de restrição física em unidades de cuidados intensivos é comum, devido a sua conformação de cuidados aos pacientes gravemente enfermos. Isto porque, os pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são submetidos à inúmeros procedimentos invasivos, muitas vezes dolorosos, e ao desconforto devido a utilização de inúmeros dispositivos com tecnologia de ponta como tratamentos complexos. Estudos demonstram que pacientes nessas unidades têm risco aumentado de apresentar alterações de comportamento ou psíquicos, como confusão mental, *delirium*, desorientação e/ou agitação psicomotora, pela condição clínica ou como consequência do tempo de internação em ambiente, que na visão dos pacientes é hostil e com tamanha complexidade, como são as unidades de terapia intensivas<sup>(2,6-7)</sup>.

A complexidade do ambiente de cuidados intensivos, a dualidade entre os riscos e benefícios em se lançar mão do procedimento de restrição física em pacientes gravemente enfermos, a falta de evidências científicas da efetividade terapêutica deste artifício na assistência, a exigência de tomada de decisão rápida, precisa e objetiva dos enfermeiros diante da necessidade do uso dessa intervenção são alguns exemplos dos dilemas enfrentados pela equipe de enfermagem no cotidiano de cuidados intensivos. Essas situações podem produzir desconforto e tensão na equipe, gerando obstáculos no cuidado desses clientes, pois exige conhecimento técnico-científico, habilidades, ação em grupo e agilidade dos profissionais durante o atendimento. Para tanto, é imprescindível para os trabalhadores de enfermagem em UTI obter competência para o cuidado e conhecer o balizamento ético-legal que ampara sua atuação profissional<sup>(2,6-7)</sup>.

A identidade da Enfermagem brasileira, que se caracteriza a partir do papel desenvolvido por cada membro da equipe de enfermagem é desenhada pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.40/1987, que regulamenta a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Esses regramentos estabelecem as atribuições legais para atuação dos trabalhadores de enfermagem, e neles destacam-se as atribuições privativas do profissional enfermeiro, principalmente em cuidados aos pacientes graves e com risco de morte. No artigo 11, inciso I, alíneas "l" e "m" da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, estabelece-se que o enfermeiro é o profissional de enfermagem habilitado técnica e legalmente para a realização de cuidados de maior complexidade, que requeiram avaliação e tomada de decisão imediata<sup>(8-9)</sup>. Para tanto, entende-se que a decisão em realizar restrição

de pacientes deva ser do enfermeiro a partir de uma avaliação criteriosa, com olhar clínico e pensamento crítico, respeitando as fases do processo de cuidar. Para decidir sobre sua utilização o enfermeiro deve avaliar rigorosamente e de forma global e evitar focar somente no comportamento do paciente, levando em consideração fatores ambientais, recursos técnicos e humanos disponíveis. O enfermeiro deve identificar o motivo que desencadeou a agitação do paciente, a fim de intervir no ambiente na tentativa de reverter o comportamento agressivo do paciente evitando a contenção física<sup>(2)</sup>.

Em 2012, o Conselho Federal de Enfermagem, estabeleceu parâmetros técnicos-legais para o emprego de procedimento de contenção física pela equipe de enfermagem por meio da Resolução nº. 427, de 07 de maio de 2012. De modo geral, essa normatização sugere a criação de protocolos assistenciais e/ou institucionais com intuito de regular o uso da restrição física e o monitoramento permanente do paciente contido. Estabelece que o procedimento tenha o objetivo único de prevenir danos imediatos ou riscos iminentes ao paciente e proíbe a prática com propósito de disciplina, punição e coerção ou, ainda, por conveniência da instituição ou da equipe da saúde<sup>(10)</sup>.

Visto a complexidade do procedimento, se torna indispensável o registro do processo de enfermagem e do monitoramento permanente do paciente sob restrição física, conforme estabelece a Resolução nº358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem<sup>(11)</sup>. Os registros são imprescindíveis para a continuidade da assistência, fortalece princípios de qualidade e segurança do cuidado, bem como valoriza o potencial técnico-científico dos profissionais de enfermagem<sup>(12)</sup>.

Diante do exarado surgiu o seguinte problema de pesquisa: como são realizadas as restrições físicas de pacientes em unidades de terapia intensiva de um hospital geral? Para responder tal questão estabeleceu-se como objetivo para esse estudo caracterizar a restrição física de pacientes em unidades de cuidados intensivos de um hospital geral.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa.

### Participante da pesquisa

Participaram 33 pacientes internados em unidades

de terapia intensiva adulto, que estavam sob restrição física no leito por meio de instrumento mecânicos. Foram recrutados pacientes que no momento da visita a UTI estavam sob restrição física. Os critérios de inclusão foram: pacientes em restrição física internados em leitos de UTI, cujo prontuário, a prescrição médica e a anotação de enfermagem estivessem disponíveis para consulta e coleta de dados.

Foram realizadas 80 observações e descrições de restrição física. O consentimento para inclusão dos pacientes no estudo foi realizado a partir da autorização dos responsáveis mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os responsáveis eram abordados pelos pesquisadores no próprio serviço de saúde. Para tanto, a coleta era preferencialmente realizada durante os três horários de visitas do dia.

### Local do estudo

A pesquisa foi realizada em três unidades de Terapia Intensiva (UTI) adultos de um hospital de ensino na cidade de Curitiba, Paraná, no período de agosto a dezembro de 2019. Essas UTI juntas contabilizam 30 leitos para pacientes cirúrgicos e clínicos, com quadro de pessoal de enfermagem dimensionado de modo satisfatório.

É importante ressaltar que há protocolo de restrição física institucional disponível na forma impressa nas unidades, e há a implementação da Sistematização de Enfermagem em todas as unidades de internação.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento estruturado, que continham itens de avaliação da técnica e artefatos utilizados para a restrição física e dos registros do procedimento pela equipe de saúde. Foram observados os participantes durante 60 dias consecutivos (de setembro a outubro de 2019), por uma hora em média respeitando sempre o mesmo horário de observação.

### Análise de dados

Os resultados foram agrupados em uma planilha criada a partir do Microsoft Excel® e analisados por estatística simples. Os resultados das variáveis numéricas são apresentados em medidas de tendência central e as variáveis nominais em frequências.

### Preceitos éticos

A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº

15499019.1.0000.0096, aprovação através do Parecer Consubstanciado do CEP nº 3.509.150, em conformidades a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Nas UTI que serviram de locais para o estudo, foram internados 271 pacientes no período de coleta dos dados. Foram participantes 33 pacientes, o que resultou em prevalência de 12,2% de pacientes com necessidades de restrição física. A média de idade dos participantes foi de 54,1 anos (desvio padrão: 15,3), variando entre 23 e 81 anos. A distribuição entre os sexos evidenciou que 54,5% eram homens.

Foram realizadas 80 observações, uma vez que houve pacientes que foram observados mais de uma vez, devido a estarem contidos em mais de um dia. De modo geral, a média de dias em que os pacientes passaram por restrição foi de 2,42 dias (desvio padrão: 1,8). Evidenciou-se que 44,5% dos pacientes foram contidos em apenas uma ocasião, contudo foi identificado pacientes com até nove dias de contenção. A seguir o Quadro 1 demonstra a distribuição das quantidades de contenções conforme idade e sexo.

**Quadro 1.** Distribuição dos participantes segundo a média de dias de restrições físicas, classe de idade e o sexo dos participantes. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020.

Idade (anos)	Sexo	
	Homem	Mulher
23 ---30	4,5	1,5
31 ---50	1	1,9
51 ---70	2	2
71 ---81	4	4

A seguir a Tabela 1, demonstra a distribuição das restrições físicas, segundo o material utilizado, local de aplicação da restrição pela equipe de enfermagem e tipo de técnica.

**Tabela 1.** Distribuição das restrições físicas, segundo o emprego do material, local de aplicação, técnica de contenção e limitação de movimentos. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020

Distribuição das contenções físicas	n	%
<b>Material</b>		
Atadura de crepe + Compressa cirúrgica	62	77,5%

Atadura de crepe + Faixa de algodão ortopédico	14	17,5%
Atadura de crepe	03	3,7%
Lençol	1	1,3%
<b>Local de aplicação</b>		
Membros superiores	80	100%
<b>Técnica de contenção</b>		
Pulseira	80	100%
<b>Limitação da movimentação</b>		
Movimentação parcial	69	86,3%
Movimentação mínima	6	7,4%
Movimentação total	5	6,3%

A maior prevalência das contenções foi referente às fixadas no eixo médio do leito (86,3%), limitando parcialmente os movimentos do paciente, possibilitando que o mesmo movimentasse os membros superiores sobre a região abdominal e pélvica. Houve a ocorrência de fixação nas grades móveis do leito, possibilitando movimento amplo dos membros. E em menor número foi identificado a fixação em eixo inferior, apesar de esta ser a melhor forma de limitar os movimentos do paciente, pois possibilita movimento mínimo dos membros mantendo-os em extensão.

**Tabela 2.** Distribuição das restrições físicas, segundo os dispositivos assistenciais empregados nos cuidados intensivos dos participantes durante a observação da contenção. Curitiba, Paraná, Brasil, 2020.

Dispositivo assistencial	n	%
Monitorização multiparamétrica	80	100
Sonda nasogástrica/enteral	77	96,2
Cateter venoso periférico	74	92,5
Ventilação mecânica	54	67,5
Cateter vesical de demora	50	62,5
Tubo orotraqueal	50	62,5
Cateter venoso central	31	38,7
Traqueostomia	11	13,7
Pressão arterial média (cateter)	14	17,5
Cateter nasal tipo óculos	6	7,5
Névoa úmida	9	11,2

Algumas medicações do tipo sedativo/calmante podem ser utilizadas como contenção química para manejo da agitação psicomotora. A frequência em que estes tipos

de medicações foram administradas ou estavam em infusão contínua em pacientes contidos, foi de 53,9%. Sendo o propofol de maior prevalência durante as observações, estando presente em 26,3% das ocasiões, seguido do haloperidol, 11,3%, midazolam em 10% e risperidona em 6,3%.

Durante os dias de observação, 51,5% dos pacientes estavam com acompanhante (familiares) e 33,3% dos pacientes apresentavam agitação psicomotora.

Sobre os registros do procedimento em prontuário do paciente, somente 6,3% das contenções foram registradas, sendo n=1 (1,3%) em evolução médica e n=4 (5,2%) em evolução de enfermeiros. Foi verificado inexistência de prescrição médica ou prescrição de enfermagem nos casos de restrição física. Nas anotações de enfermagem, realizadas pelos técnicos de enfermagem em 42,5% dos casos havia registros do procedimento.

A falta de registros impossibilitou a verificação do tempo que cada paciente ficava contido, uma vez que a observação ocorria somente uma vez ao dia, não sendo possível avaliar quantas horas por dia as contenções eram mantidas.

## DISCUSSÃO

As unidades de terapia intensiva, de modo geral, se caracterizam pela internação de pacientes graves na condição aguda de diversas doenças, inclusive com intervenção cirúrgica. Deste modo, é comum encontrar nessas unidades pacientes com variação na amplitude das idades, o que justifica, a população do estudo com idades variando entre 23 e 81 anos<sup>(1,13)</sup>.

Os resultados revelaram que a prevalência do uso de contenção foi de 12,2% do total de pacientes internados naquelas unidades. Esses números são bem inferiores e diferem de um estudo realizado no Brasil, que estimou a prevalência de contenção mecânica em ambiente hospitalar de 51,4% dos pacientes. Quando apresentado os resultados por unidades de internação o estudo revelou que, a prevalência de contenção foi de 93,3% na Unidade de Terapia Intensiva, 50,9% na clínica médica e de 3,8% na clínica cirúrgica<sup>(13)</sup>.

Verificou-se pelos dados apresentados no Quadro 1, que os pacientes com maior média de dias de contenção foram os idosos acima de 71 anos. Estudos demonstram que a restrição física é utilizada de forma corriqueira em idosos, comparado a jovens e adultos, visto as alterações fisiopatológicas que acometem este grupo de indivíduos, podendo ser a causa de quadros de agitação e agressividade no qual a equipe, pode lançar mão do procedimento quando demais estratégias não surtirem efeito. Entretanto, vale ressaltar que o idoso sofre mais efeitos advindos das alterações que outras faixas etárias, o que pode gerar inse-

gurança na equipe de saúde em manter o paciente idoso sob efeito de medicação psicotrópica. Estudos descrevem uma tendência em evitar a restrição física em idosos, visto a correlação entre o procedimento, aumento das ocorrências de *delirium*, aumento da taxa de queda, lesões de pele, entre outras complicações<sup>(3-4,13)</sup>.

A Tabela 1 apresenta a frequência do material (dispositivo) usado para conter os pacientes. Verificou-se que 77,5% das restrições foram realizadas com atadura de crepe com compressa cirúrgica, coadunando com resultados de outros estudos que apresentam prevalências altas da utilização deste material, assim como o local de aplicação, os pulsos/membros superiores<sup>(13-14)</sup>. Este resultado é preocupante, haja vista que estudos apontam que a utilização desse material é inadequada. Se a restrição for realizada com nós muito firmes o risco de se provocar escoriações ou garroteamento dos membros é alto, e se a restrição ficar frouxa existe a possibilidade de o paciente se desprender facilmente<sup>(15)</sup>.

Outros estudos recomendam outros materiais mais seguros como: faixas compressivas, pulseiras de restrição, faixas imantadas nas restrições, mas mesmo assim, não há estudos clínicos que demonstrem a eficiência e evidência científica das técnicas ou do uso desses materiais<sup>(1-2,6)</sup>. Deste modo, percebe-se que a falta de base teórica influencia diretamente na prática profissional, originando, por vezes, condições adequadas para o planejamento de cuidados aos pacientes sob restrição física.

Outro resultado encontrado foi em relação ao ponto de fixação da contenção física, uma vez que se torna um dos fatores que influenciam a efetividade do procedimento, principalmente na limitação do movimento do paciente. Portanto, é fundamental que os movimentos do paciente permaneçam limitados sem causar danos, como garroteamento de membro, rabdomiólise, lesão por pressão, trombose venosa profunda, entre outros<sup>(2,15)</sup>.

A Tabela 2, identificou a frequência em que os dispositivos estavam presentes no momento da observação, como modo a justificar o uso da contenção física. O procedimento tem por indicação assegurar a integridade física do paciente que apresenta agitação, e a restrição é frequentemente utilizada a fim de prevenir a retirada acidental de dispositivos entre outras justificativas. Isto porque esta retirada acidental além de causar a descontinuidade da terapêutica, pode causar danos ao indivíduo, levar a lesões e infecções, aumentando o tempo de internação do paciente e conseqüentemente o aumento dos gastos para a instituição com novos dispositivos e antibioticoterapia, entre outros<sup>(1-2)</sup>.

Ainda a Tabela 2 demonstrou que 62,5% dos casos de contenção eram de pacientes com tubo orotraqueal e 67,5% sob ventilação mecânica. O risco de extubação acidental aumenta muito quando um paciente se apresenta confuso, agitado ou semiconsciente. Para tanto, a restrição de movimentos acaba sendo uma alternativa para a diminuição desses riscos. Outros estudos desenvolvidos no Brasil e na Europa têm demonstrado a alta prevalência de restrição física de pacientes em ventilação mecânica variando entre 50% a 100% com duração desta restrição de quatro dias em média<sup>(14-17)</sup>.

A permanência de ventilação mecânica e outros dispositivos invasivos foram associados ao risco aumentado de *delirium*, além da permanência prolongada em UTI. O *delirium*, é caracterizado por um distúrbio de cognição e estado patológico, é subdividido em três tipos, sendo o mais frequente o hiperativo, no qual o indivíduo pode apresentar agitação e/ou confusão mental, entretanto, suas causas são passíveis de mudança como, diminuição de ruídos, ajuste da iluminação do ambiente, presença de familiares, relógios e calendários à vista, orientação verbal, mobilização precoce, e inclusive, a retirada de dispositivos de forma planejada<sup>(4,7)</sup>. Um estudo verificou que 82,6% de pacientes que apresentaram quadro de *delirium* em UTI necessitaram de restrição física<sup>(4)</sup>.

No manejo da agitação/agressividade, a equipe pode fazer uso de sedativos, analgésicos ou calmante mediante prescrição médica. Entretanto, estas medicações possuem diversas indicações, assim como diferentes efeitos adversos. Em estudos anteriores, drogas com estas características foram associadas ao risco elevado do paciente novamente apresentar *delirium*. Para tanto, se faz necessária a avaliação da causa da agitação do paciente quando estes medicamentos já estão sendo administrados, e se utilizados como contenção química, avaliar a necessidade de permanência. Visto isto, foram observadas prescrições médicas com o objetivo de identificar a prescrição e administração de benzodiazepínicos, antipsicótico, anestésicos, entre outros. Em 62,5% das contenções observadas, os pacientes não estavam recebendo nenhum medicamento das classes citadas anteriormente<sup>(4,7)</sup>.

Segundo a literatura, os pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, apresentam maior tempo de internação em UTI e desmame tardio de dispositivos e tecnologias terapêuticas<sup>(4)</sup>. Dos pacientes observados poucos utilizavam benzodiazepínicos como o midazolam, e a maioria dos participantes recebiam a medicação propofol.

Em um estudo realizado no Reino Unido em 2017, sobre a experiência, atitudes e opiniões de 192 enfermeiros

de unidades de terapia intensiva de adulto sobre a restrição física, os participantes concordaram que, com o uso da restrição física, a sedação pode ser reduzida com maior segurança e também, referiram preferir usar a restrição e não aumentar a sedação para o manejo da agitação. A maioria discordou quanto ao uso desnecessário do procedimento ou quando a equipe assistencial estivesse incompleta<sup>(17)</sup>.

Dada a complexidade do procedimento, a necessidade da tomada de decisão assertiva para uso da restrição e o acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente, é imprescindível que a equipe assistencial, principalmente a de Enfermagem, tenha instrumentos de registros adequados. Diante das análises relacionadas ao registro e prescrição do procedimento neste estudo, verificou-se a existência de dificuldades, no momento desconhecidas, para que os registros sejam formalizados.

Os profissionais de enfermagem devem reconhecer que seus registros são elementos essenciais para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem e das evoluções do Processo de Enfermagem, conforme dispõe a Resolução do Cofen nº 358/2009. Tais registros fornecem informações sobre a assistência prestada ao paciente, favorece a comunicação entre os membros da equipe de saúde e contribui para a continuidade do cuidado, além de legitimar o trabalho de quem o executou. Ainda, são uma importante ferramenta de auxílio para tomada de decisão sobre o cuidado empregado pois fornece informações sobre as reações adversas e evolução da terapêutica empregada<sup>(11-12)</sup>.

### Limitações do estudo

Esta pesquisa traz como limitação proporcionada pela observação participante ocorrer em um período somente, o que pode ter influenciado a equipe assistencial a reduzir a aplicação da contenção física em pacientes com dispositivos invasivos, ou até diminuir a permanência do procedimento nos períodos de observação. Igualmente, por ter ocorrida em uma única instituição, uma vez que o procedimento pode variar entre hospitais, levando em consideração a disponibilidades de materiais, existência de protocolo institucional, implementação da SAE, especialidade atendida entre outras características.

### Contribuições do estudo para prática

Os resultados deste estudo despertam a reflexão sobre a imprescindível identificação de lacunas relacionadas ao déficit dos registros de enfermagem nos serviços de saúde. Tais registros subsidiam a escolha dos diagnósticos e prescrição de enfermagem, além de garantir a qualidade na continuidade da assistência, valorizando assim, o potencial técnico-cien-

tífico do enfermeiro e sua equipe. Percebe-se a importância de se construir protocolos/fluxos institucionais atualizados, objetivando otimizar o manejo do paciente em agitação psicomotora e desenvolver estudos randomizados que esclareçam a efetividade terapêutica do procedimento.

## CONCLUSÃO

Identificou-se maior frequência na utilização de alguns materiais para a aplicação do procedimento e a restrição de membros superiores foi predominante. Entretanto, de forma geral, o procedimento é aplicado de forma aleatória, não foi possível identificar critérios utilizados pela equipe de saúde para a realização da restrição física. A falta de

registros adequados dos profissionais, interferiu na identificação das justificativas do emprego da restrição física.

## Contribuição dos autores:

Karoliny Cavalheiro da Silva - Concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. Marcio Roberto Paes - Concepção e desenho do estudo, revisão crítica durante a formulação do pré-projeto, revisão de literatura, tabulação e análise de dados, redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada; Tatiana Brusamarello - revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

- Andrade DC, Melo AGP, Santos MCS, Castro, MNS, Silva VRF. Pulseira de retenção: a limitação e a contenção ao leito de maneira humanizada. *Rev Interscientia* [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 08]; 6(1):203-10. Available from: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/download/596/528/>
- Paes MR, Castro ARS, Kalinke LP, Maftum MA. Physical restraint of patients in the practice of nursing. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Sept [cited 2020 Feb 01]; 7(esp):5677-85. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11843/14266>. DOI: 10.5205/reuol.4773-39313-1-SM.0709esp201306
- Backes C, Beuter M, Venturini L, Benetti ERR, Bruinsma JL, Girardon-Perlini NMO et al. The practice of containment in the elderly: an integrative review. *Acta paul enferm* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Feb 09]; 32(5):578-83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000500016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000500016&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900080>.
- Mori S, Takeda JRT, Carrara FSA, Cohrs CR, Zanei SSV, Whitaker IY. Incidence and factors related to delirium in an intensive care unit. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Feb 09]; 50(4): 587-593. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400587&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400587&lng=en). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000500007>.
- Castro ARS, Maftum MA, Paes MR, Mantovani MF, Nimtz MA, Mariotti MC. Perceptions of nursing team about patients with agitated behavior and/or aggressive. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 Jul [cited 2020 Jan 30]; 8(7):1868-75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9860/10082>. DOI: 10.5205/reuol.5963-51246-1-RV.0807201406
- Donato TAA, Pires LR, Silva LCP, Moura LVC, Santos AA, Souza LF. Restrição física em pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva: estudo exploratório-descritivo. *Online braz j nurs* [internet]. 2017 Mar [cited 2020 Feb 09]; 16 (1):83-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5562>
- Eberle CC, Santos AA, Macedo Junior LJ, Martins JB. Non-Pharmacological Management of Delirium From The Perspective of Nurses in an Adult Intensive Care Unit. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019 Oct/Dec [cited 2020 Feb 08]; 11(5):1242-1249. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7428/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7428/pdf_1). DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249>
- Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [Internet] 1986 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>.
- Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [Internet] 1987 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>.
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução no. 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. [Internet] 2012 [cited 2020 Jan 28]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012\\_9146.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4272012_9146.html)
- Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução nº 358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem [Internet]. [cited em 2010 Jul 14]. Available from: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?>
- Silva VA, Mota RS, Oliveira LS, Jesus N, Carvalho CM, Magalhães LGS. Auditoria da qualidade dos registros de enfermagem em prontuários em um hospital universitário. *Enferm Foco* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Jan 28]; 10(3):28-33. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2064/542>
- Souza LMS, Santana RF, Capeletto CSG, Menezes AK, Delvalle R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Feb 21]; 53: e03473. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342019000100437&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100437&lng=en). DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007303473>.
- Linch GFC, Paz AA, Caregnato RCA, Abreu AM, Souza EM. Ações coordenadas para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Feb 16]; 10(4):82-88. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2342>.
- Maximo PA, Santos TS, Santos GS, Silva MAXM. The importance of mechanical content and the permanent evaluation of the nursing team. *Braz J Hea Rev* [Internet]. 2019 Mar-Apr [cited 2020 Feb 21]; 2(2):1172-212. Available from: <http://brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1324/1199>.
- Freeman S, Hallet C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Feb 18]; 21(2):78-87. Available from: [onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12197](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12197) DOI: 10.1111/nicc.12197b
- Burphy L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: time to let go. *Intensive Care Med*. 2017; 44:1296-8.