

Boas práticas para restrição física em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa

Good practices for physical restraint in intensive care units: integrative review

Buenas prácticas para restricción física en unidades de cuidados intensivos: revisión integrativa

Gabriela Freitas dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-2764-8520

Ester Góes Oliveira¹

ORCID: 0000-0002-5068-6480

Regina Cláudia Silva Souza¹

ORCID: 0000-0001-6433-7700

¹Hospital Sírio Libanês. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo:

Santos GF, Oliveira EG, Souza RCS. Good practices for physical restraint in intensive care units: integrative review. Rev Bras Enferm. 2021;74(3):e20201166. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1166>

Autor Correspondente:

Ester Góes Oliveira
E-mail: ego990@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Antonio José de Almeida Filho

Submissão: 25-11-2020 **Aprovação:** 22-02-2021

RESUMO

Objetivos: descrever as evidências disponíveis sobre indicações, complicações, cuidados e estratégias alternativas no uso da restrição física em pacientes adultos de Unidades de Terapia Intensiva. **Métodos:** revisão integrativa realizada nas bases LILACS, Base de Dados em Enfermagem, Índice Bibliográfico *Español en Ciencias de la Salud*, Scopus e CINAHL e no portal PubMed, no período de junho a agosto de 2018. **Resultados:** a seleção final foi de 19 artigos, dos quais foram extraídas as indicações, complicações, cuidados e estratégias alternativas. Os estudos foram realizados entre os anos de 2003 e 2018, com predomínio dos Estados Unidos; foram classificados em sua maioria (58%) em evidência nível 6, sendo realizados por enfermeiros, com participação multiprofissional de psicólogos, farmacêuticos, médicos e enfermeiros. **Conclusões:** descreveram-se as práticas mais comuns quanto à restrição física, e observou-se a necessidade da elaboração e implementação de protocolos sobre a intervenção para embasar a tomada de decisão.

Descritores: Restrição Física; Unidade de Terapia Intensiva; Segurança do Paciente; Prática Clínica Baseada em Evidências; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to describe the available evidence on indications, complications, care and alternative strategies in the use of physical restraint in adult patients in Intensive Care Units. **Methods:** an integrative review conducted in the LILACS, Nursing Database, *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud*, Scopus and CINAHL databases and the PubMed portal, in the period from June to August 2018. **Results:** the final selection was of 19 articles, from which the indications, complications, care and alternative strategies were extracted. The studies were conducted between the years 2003 and 2018, with a predominance of the United States; they were mostly classified (58%) in level 6 evidence, being performed by nurses, with multi-professional participation of psychologists, pharmacists, physicians, and nurses. **Conclusions:** the most common practices regarding physical restriction were described, and the need for the elaboration and implementation of protocols on intervention to support decision making was observed.

Descriptors: Physical Restrictions; Intensive Care Unit; Patient Safety; Evidence-Based Practice; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: describir las evidencias disponibles sobre indicaciones, complicaciones, cuidados y estrategias alternativas en el uso de la restricción física en pacientes adultos de Unidades de Cuidados Intensivos. **Métodos:** revisión integrativa realizada en las bases LILACS, Base de Datos en Enfermería, Índice Bibliográfico *Español en Ciencias de la Salud*, Scopus y CINAHL y en portal PubMed, de junio a agosto de 2018. **Resultados:** la selección final fue de 19 artículos, de los cuales fueron extraídas las indicaciones, complicaciones, cuidados y estrategias alternativas. Los estudios fueron realizados entre los años de 2003 y 2018, con predominio de Estados Unidos; fueron clasificados en su mayoría (58%) en evidencia nivel 6, siendo realizados por enfermeros, con participación multiprofesional de psicólogos, farmacéuticos, médicos y enfermeros. **Conclusiones:** describieron las prácticas más comunes cuanto a la restricción física, y se observó la necesidad de elaboración e implementación de protocolos sobre la intervención para embasar la toma de decisión.

Descriptorios: Restricción Física; Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del Paciente; Práctica Clínica Basada en Evidencias; Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alta complexidade com aparato tecnológico e informatizado avançado, onde são realizados procedimentos complexos e invasivos⁽¹⁾. Os pacientes internados nessas unidades, devido a certas condições, podem, de forma intencional ou não, remover dispositivos e apresentar risco elevado de quedas, o que leva frequentemente à necessidade de utilização de alguma forma de proteção para garantir sua segurança⁽²⁾.

A restrição física, identificada também como contenção mecânica ou contenção física, é uma das estratégias mais comuns em situações nas quais a segurança do paciente crítico está em risco. Segundo *Centers for Medicare & Medicaid Services*, essa prática se configura como qualquer método manual, dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento fixado ou adjacente ao corpo do paciente que restrinja seu acesso ao corpo, imobilize ou reduza a sua capacidade de mover braços, pernas, corpo ou cabeça livremente⁽³⁾.

Estudos têm analisado as diferentes razões para o uso da restrição física no ambiente da terapia intensiva, assim como têm descrito sua incidência, que varia de 0% em alguns países europeus a mais de 75% na América do Norte⁽²⁾. No Brasil, foram encontrados na literatura poucos dados estatísticos sobre as taxas de prevalência nas instituições. Contudo, a inserção de algumas instituições do país na Jornada Magnet e o fomento da cultura de segurança do paciente fizeram com que esse indicador venha recebendo maior atenção, o que tem levado a discussões e reflexões sobre as melhores práticas em relação à estratégia. Há dados⁽⁴⁾ que confirmam uma maior prevalência do uso da restrição física dentro do ambiente da UTI (93,3%), quando comparado com a clínica médica (50,9%) e com a clínica cirúrgica (3,8%).

Há muitas repercussões da restrição física entre os pacientes, que envolvem o aumento do risco de *delirium* e do tempo de internação na UTI^(2,4). Entretanto, as instituições em sua maioria não possuem diretrizes baseadas em evidências, o conhecimento dos profissionais a respeito do problema é incipiente, e a literatura possui uma lacuna importante sobre o tema. Isso reflete em uso inadequado da restrição física nas instituições, o que impacta negativamente desfechos de saúde. Dessa forma, é relevante identificar as indicações, complicações, cuidados e estratégias alternativas na literatura que possam melhorar a sua utilização nas Unidades de Terapia Intensiva.

OBJETIVOS

Descrever as evidências disponíveis na literatura sobre a prática da restrição física em pacientes adultos de UTI.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura que cumpriu as etapas recomendadas para o método⁽⁵⁾. Para a busca dos estudos, ocorrida em outubro de 2018, dois revisores independentes usaram a seguinte questão norteadora baseada no acrônimo PICO: "Quais as evidências disponíveis na literatura sobre as indicações, cuidados, complicações e estratégias alternativas na utilização de restrição física em pacientes adultos internados em Unidades de Terapia Intensiva?" Um terceiro revisor contribuiu quando havia divergências nessa etapa de seleção dos artigos.

A busca foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico *Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), *Elsevier SciVerse Scopus* (Scopus) e *Cumulative Index Health Literature* (CINAHL) e no Portal *National Library of Medicine* (PubMed), no período de setembro a novembro de 2018. As informações extraídas das publicações foram inseridas manualmente em uma planilha elaborada pelos pesquisadores para essa finalidade.

As taxonomias de busca incluíram os descritores "Restrição Física", "Unidade de Terapia Intensiva", "Enfermagem de Cuidados Críticos", "Cuidados de Enfermagem", segundo o Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e *Medical Subject Headings* (MeSH); e foram combinados com os operadores booleanos AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) nas diferentes bases de dados (Quadro 1). A inclusão dos descritores "Prática Avançada de Enfermagem", "Time de Enfermagem", "Avaliação em Enfermagem" e "Plano do Cuidado do Paciente" se deu para ampliar a busca, uma vez que apenas os descritores referentes à questão trouxeram poucos resultados.

Os critérios de inclusão para os artigos selecionados foram estudos primários que abordavam a prática de restrição física em UTI e estavam indexados nas bases de dados selecionadas, sem delimitação de tempo de estudo e nos idiomas inglês, espanhol e português. Foram excluídos estudos secundários, realizados com pacientes psiquiátricos, crianças e animais; com desenho qualitativo; editoriais, anais; e que não foram realizados em UTI.

O referencial usado para classificação do nível das evidências foi o de Melnyk⁽⁶⁾, e as variáveis extraídas dos estudos foram País, Formação dos profissionais, Ano de publicação, Delineamento, Cuidados, Complicações, Indicações e Estratégias alternativas relacionadas à prática da restrição física. Utilizou-se o software *Mendley* para a gestão das referências.

Quadro 1 – Estratégias de busca utilizadas para seleção de artigos, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018

	Estratégia de busca	Observações
PubMed	((<i>"Restraint, Physical"</i> [Mesh]) AND <i>"Intensive Care Units"</i> [Mesh]) AND (<i>"Nursing"</i> [Mesh] OR <i>"Critical Care Nursing"</i> [Mesh] OR <i>"Advanced Practice Nursing"</i> [Mesh] OR <i>"Nursing, Team"</i> [Mesh] OR <i>"Nursing Care"</i> [Mesh] OR <i>"Nursing Assessment"</i> [Mesh] OR <i>"Patient Care Planning"</i> [Mesh] OR <i>"Nurses"</i> [Mesh])	
CINAHL	<i>SU intensive care AND SU restraint AND physical</i>	Limitadores – Excluir registros do MEDLINE; Interesse especial: <i>Advanced Nursing Practice, Evidence-Based Practice, Nursing Administration, Nursing Language/Classification, Patient Safety</i> Expansores – Aplicar assuntos equivalentes Modos de busca – Booleano/Frase

Continua

Continuação do Quadro 1

	Estratégia de busca	Observações
Scopus	(TITLE (physical AND restraint) AND KEY (evidence OR standard* OR protocol* OR guidelines) OR KEY ("Patient Safety") OR KEY ("Nursing" OR "Critical Care Nursing" OR "Advanced Practice Nursing" OR "Nursing, Team" OR "Nursing Care" OR "Nursing Assessment" OR "Patient Care Planning" OR "Nurses")) AND KEY (intensive AND care AND unit*) AND NOT TITLE-ABS-KEY (psychiatr*)	
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)	(tw:(“contencao”)) AND (tw:(unidade\$)) AND (tw:(terapia intensiva)) AND (tw:(“imobilizacao”)) AND (tw:(unidade\$)) AND (tw:(terapia intensiva)) AND (tw:(“restricao fisica”)) AND (tw:(unidade\$)) AND (tw:(terapia intensiva))	Filtros: BDEF LILACS IBICS

RESULTADOS

Foram identificados 149 artigos nas bases de dados, sendo 63 na BVS, 42 na Scopus, 30 na PubMed e 14 na CINAHL. Destes, 31 artigos estavam duplicados. Após a primeira leitura (títulos e resumos), 79 artigos foram excluídos. A seguir, fez-se uma leitura criteriosa dos 39 artigos restantes, e 20 foram excluídos de acordo com os critérios do estudo (Figura 1). Dessa maneira, foram selecionados 19 artigos para a revisão final (Quadro 2).

O período de publicação dos estudos ocorreu entre os anos 2003 e 2018, em vários países, com predomínio dos Estados Unidos (32%), seguidos pelo continente europeu (26%). Os trabalhos restantes estão distribuídos entre Canadá, Jordânia,

Taiwan, China, Egito e Coreia do Sul. Onze estudos (58%) possuem evidência nível 6; dois (11%), nível 4; e seis (31%), nível 3, sendo realizados em sua maioria (84%) por enfermeiros, com participação multiprofissional de psicólogos, farmacêuticos, médicos e enfermeiros (Quadro 2).

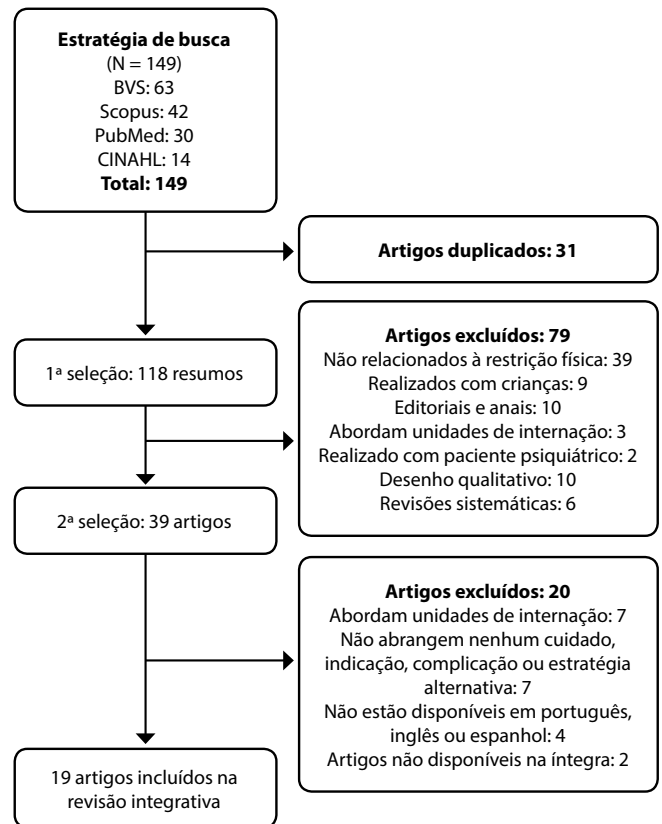


Figura 1 – Fluxograma de artigos selecionados na revisão integrativa, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

Quadro 2 – Síntese dos artigos selecionados quanto à identificação, formação dos profissionais, país, delineamento do estudo e nível de evidência, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

AUTOR	ANO	FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	PAÍS	DELINEAMENTO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Van de Kooi AW et al. ⁽⁷⁾	2015	Médico	Holanda	Estudo transversal	6
Benbenbishty J et al. ⁽⁸⁾	2010	Enfermeiro e médico	9 países da Europa	Estudo transversal	6
Lin Y-L et al. ⁽⁹⁾	2018	Enfermeiro e médico	Taiwan	Estudo antes e depois	3
Hall DK et al. ⁽¹⁰⁾	2018	Enfermeiro	EUA	Estudo antes e depois	3
Lynn LL et al. ⁽¹¹⁾	2017	Enfermeiro	EUA	Estudo antes e depois	3
Luk E et al. ⁽¹²⁾	2015	Enfermeiro, farmacêutico e médico	Canadá	Estudo transversal	6
Kandeel NA et al. ⁽¹³⁾	2013	Enfermeiro	Egito	Estudo longitudinal	4
Choi E et al. ⁽¹⁴⁾	2003	Enfermeiro	Coreia do Sul	Estudo transversal	6
Johnson K et al. ⁽¹⁵⁾	2016	Enfermeiro	EUA	Estudo antes e depois	3
Turgay AS et al. ⁽¹⁶⁾	2009	Enfermeiro	Turquia	Estudo transversal	6
Perren A et al. ⁽¹⁷⁾	2015	Médico e psicólogo	Suíça	Estudo observacional prospectivo	4

Continua

Continuação do Quadro 2

AUTOR	ANO	FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	PAÍS	DELINEAMENTO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
De Jonghe B et al. ⁽¹⁸⁾	2013	Médico	França	Estudo transversal	6
Vance DL ⁽¹⁹⁾	2003	Enfermeiro	EUA	Estudo antes e depois	3
Yönt GH et al. ⁽²⁰⁾	2014	Enfermeiro	Turquia	Estudo transversal	6
Gu T et al. ⁽²¹⁾	2019	Enfermeiro	China	Estudo transversal	6
Martin B et al. ⁽²²⁾	2005	Enfermeiro	EUA e Noruega	Estudo transversal	6
Guenette M et al. ⁽²³⁾	2017	Farmacêutico, enfermeiro e médico	Canadá	Estudo transversal	6
Suliman M ⁽²⁴⁾	2018	Enfermeiro	Jordânia	Estudo transversal	6
Hevener S et al. ⁽²⁵⁾	2016	Enfermeiro	EUA	Estudo quase experimental	3

As variáveis dos estudos foram categorizadas em Indicações, complicações e estratégias alternativas (Quadro 3); e Cuidados para o uso da restrição física (Quadro 4).

Os motivos descritos nos estudos que levaram os profissionais a utilizar a restrição física foram a preocupação em garantir a continuidade do tratamento, a autoextubação, a alteração do nível de consciência, como agitação, desorientação, confusão e *delirium*, agressividade, sonolência e coma⁽⁷⁻⁸⁾, sendo a prevenção da perda ou do deslocamento de dispositivos terapêuticos invasivos a principal indicação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Também foram citados como “indicação” aspectos relacionados à segurança do paciente, da equipe e dos outros pacientes, a dificuldade de observação direta do paciente pela equipe de enfermagem, o risco elevado de quedas e sua prevenção^(8-9,11-15), conveniência da equipe^(14,16), sedação⁽¹⁷⁾, o desmame dos sedativos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, o processo de recuperação pós-anestésica⁽⁹⁾, sugestões feitas por membros da equipe, próprio paciente, família ou médicos^(12,14,19); incompreensão e/ou resistência sobre a necessidade do uso dos dispositivos terapêuticos⁽¹³⁾; impossibilidade e/ou incapacidade de comunicação verbal do paciente^(7,9); preservação de postura do paciente no leito^(13,20); presença de fratura instável⁽⁷⁾; prevenção de contaminação da ferida⁽¹¹⁾; paciente em isolamento⁽¹²⁾ e idade acima de 75 anos⁽²¹⁾.

Entre as complicações resultantes da restrição física, estão alterações do nível de consciência, cognitivas e físicas⁽¹⁴⁾, desconforto do paciente⁽¹⁸⁾, aumento do risco da remoção de dispositivos⁽²²⁾, risco de agitação psicomotora^(13,22-23), perda de dignidade percebida, transtorno de estresse pós-traumático⁽¹⁸⁾, ansiedade e choro⁽¹³⁾.

As alterações físicas nos membros restritos como lesões na pele^(16,24), edema^(13,24-25), lesões por pressão⁽¹³⁾, hematomas e hiperemia^(13,24), necrose da pele⁽¹³⁾ e morte⁽²⁴⁾ são ressaltadas nos estudos (Quadro 3).

As estratégias alternativas identificadas se referem ao processo de trabalho da equipe, aos pacientes, à família, à promoção de conforto e ao uso de medicamentos. Na primeira condição, encontra-se a relação enfermeiro/paciente adequada⁽²¹⁾, a redução de sobrecarga de trabalho, o compartilhamento das responsabilidades com a equipe multiprofissional⁽²¹⁾ e a discussão de alternativas à restrição física durante as visitas de enfermagem⁽¹¹⁾.

Disponibilizar distrações como televisão, jogos, revistas e lápis⁽¹⁵⁾ bem como promover higiene do sono⁽¹⁵⁾ são as intervenções relacionadas aos pacientes. Para a família, podem ser observadas

intervenções relativas ao período de visitação^(13,15). Entre aquelas classificadas como promotoras de conforto^(13,24), estão o uso de analgésicos⁽²¹⁾, o posicionamento do paciente e o uso de colchões especiais.

Quadro 3 – Indicações, complicações e estratégias alternativas relacionadas à prática de restrição física de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2019

<p>Indicações</p> <p>Evitar a perda ou deslocamento de dispositivos^(7-9,12-14,16-17,19-22,25) (eventos adversos), garantir continuidade do tratamento^(11,19,23,25), alteração do nível de consciência (agitação, inquietação, desorientação, confusão, agressividade, comatoso, sonolência^(7-9,12,14,16-18,22-23), manter a segurança da equipe⁽⁷⁾, manter a segurança de outros pacientes, manter a segurança do paciente <i>delirium</i>^(7-8,12,17,21), pacientes com comunicação verbal prejudicada⁽⁹⁾, idade acima de 75 anos⁽²¹⁾, prevenir a contaminação de ferida⁽¹¹⁾, equipe de enfermagem em número insuficiente^(8,13), incompreensão/resistência sobre a necessidade de cuidados ou dispositivos terapêuticos⁽¹³⁾, solicitação de mais de um membro da equipe, paciente, família ou de outros médicos^(14,16), paciente em quarto isolado⁽¹²⁾, recuperação pós-anestésica⁽⁹⁾, desmame de sedação e sedação insuficiente⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, presença de fratura instável⁽⁷⁾ e posicionamento adequado do paciente^(13,20).</p>
<p>Complicações</p> <p>Lesões na pele^(13,16), hiperemia^(13,24), edema do membro restrito^(13,24-25), agitação psicomotora^(13,22-23), lesão por pressão⁽¹³⁾, hematomas no membro restrito⁽¹³⁾, morte⁽²⁴⁾, necrose da pele no membro restrito⁽¹³⁾, ansiedade⁽¹³⁾, choro⁽¹³⁾, desconforto do paciente, perda percebida de dignidade⁽¹⁸⁾, transtorno de estresse pós-traumático⁽¹⁸⁾ e remoção de dispositivos⁽²²⁾.</p>
<p>Estratégias alternativas</p> <p>Administração de analgésicos e de medicamentos para sedação^(12-13,21), extensão do período de permanência de familiares e cuidadores com o paciente^(11,13,15), relação enfermeiro/paciente adequada⁽²¹⁾, coparticipação e corresponsabilidade da equipe multidisciplinar no cuidado ao paciente⁽¹¹⁾, promoção de higiene do sono⁽¹⁵⁾, estratégias terapêuticas de distração como televisão, jogos, exercícios, música, revistas e lápis para manter as mãos ocupadas⁽¹¹⁾.</p>

Foi identificado um extenso repertório de cuidados concernentes à prática da restrição física, listados no Quadro 4. São cuidados relacionados à avaliação do paciente, comunicação e segurança. Dentre os cuidados de avaliação, destacam-se a avaliação da perfusão periférica do membro restrito^(10,13), da integridade da pele^(9,13,24), do nível de sedação, da agitação psicomotora, do nível de consciência⁽¹²⁻¹³⁾ e da mobilidade do membro restrito^(10,13).

Os cuidados relativos à segurança do paciente incluem o uso de sedação em determinadas condições⁽¹²⁾, a otimização farmacológica antes e depois do uso da restrição física⁽²³⁾, medidas de promoção da tranquilidade^(9,12,17), tratamento da dor⁽¹²⁾, material utilizado para a confecção da restrição física⁽¹³⁾, medidas de conforto^(13,24) e uso de materiais que permitissem o movimento dos membros e que evitassem prejuízos em funções motoras refinadas⁽⁷⁾.

No tocante à comunicação, atenção especial é orientada para a documentação do procedimento^(7,10,13,18,22,24), comunicação entre profissionais e família^(9,13), autorização e consentimento^(7,9), rotinas de visitas⁽¹³⁾, envolvimento da equipe médica na tomada de decisão conjunta com a equipe⁽²⁴⁾ e revisão da prescrição diariamente⁽⁹⁾.

Quadro 4 – Cuidados relacionados à prática de restrição física de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, São Paulo, São Paulo, Brasil, 2018

Categoria	Cuidados
Avaliação do paciente	Avaliação frequente do membro restrito relacionada à integridade cutânea, perfusão periférica e presença de garroteamento, avaliação de dor, delirium, sedação, agitação, estado cognitivo e comportamental do paciente, avaliação frequente de estratégias alternativas para a substituição da restrição física, reavaliação da indicação de restrição física a cada oito horas, avaliação da mobilidade e sensibilidade do membro restrito e avaliação do nível adequado de sedação do paciente.
Comunicação	Reorientação do paciente, frequentemente sobre o uso de restrição física, prescrição de restrição física por no máximo 24 horas, orientação ao paciente sobre o propósito e importância dos dispositivos na qualidade do cuidado, documentação detalhada do procedimento de restrição física, participação da equipe médica na indicação da restrição física, comunicação eficaz entre paciente, profissional e família e obtenção do consentimento sobre o uso de restrição física com o próprio paciente, representante legal e família.
Segurança do paciente	Promoção de conforto do paciente com sedação, analgesia narcótica, posicionamento do paciente e uso de colchões ou camas especiais, liberação do membro restrito a cada duas horas durante 15 minutos, utilização de restrição confeccionada com tecidos menos lesivos à pele, manutenção da segurança do paciente, posicionamento adequado dos dispositivos, utilização de estratégias que promovam a calma e tranquilidade do paciente, tratamento da dor, administração de medicamentos para sedação quando necessário, utilização de restrições que permitam o movimento dos membros, mas evitem funções motoras refinadas, padronização de cuidados e indicações relacionadas ao uso de restrição física, utilização de opções farmacológicas antes e depois do uso da restrição física.

DISCUSSÃO

Na atualidade, é conhecida a preocupação com a segurança do paciente e sua relação com a qualidade do cuidado oferecido pelos serviços de saúde. Procura-se implementar o tratamento necessário, mas sem danos significativos. O uso de restrição física em pacientes de UTI abrange essa problemática, uma vez que, apesar dos seus riscos e do impacto biopsicossocial, sua utilização é imprescindível em determinados momentos do tratamento.

Nossa revisão buscou, na literatura, indicações, complicações, cuidados e estratégias alternativas relacionadas ao uso da restrição física em pacientes adultos internados em UTI. Outras revisões também se propuseram a estudar o tema, como as conduzidas por Perez et al.⁽²⁶⁾ e por Li⁽²⁷⁾, que abordaram a experiência do enfermeiro na tomada de decisão sobre o uso da restrição física e experiência do paciente e da família.

Entre os 19 artigos selecionados para o presente estudo, grande parte foi realizada na América do Norte e na Europa. Em outras investigações⁽²⁶⁻²⁸⁾, também houve predomínio desses continentes, o que nos leva a refletir sobre a cultura de segurança mais consistente nesses locais. Os estudos, em sua maioria, se caracterizaram como evidências de nível 6, que são estudos descritivos, indicando a necessidade de pesquisas com desenhos experimentais de melhor rigor científico, em que as intervenções relacionadas à restrição física possam ser mais bem avaliadas. Sete artigos foram realizados nos últimos cinco anos e em diversos países, demonstrando atualidade, pluralidade e representatividade das informações encontradas, o que contribui para melhor entendimento do problema.

A respeito das indicações do uso da restrição física, elas se associam à prevenção de eventos adversos^(21,26,29). A taxa de eventos adversos relacionados à assistência à saúde foi observada durante oito anos em uma UTI⁽³⁰⁾, e verificou-se que os dispositivos removidos com mais frequência pelos pacientes foram, respectivamente, o tubo gástrico, os dispositivos intracranianos e os tubos endotraqueais, e que, em 81,6% dessas remoções, o paciente retirou os dispositivos sozinho.

A remoção acidental de dispositivos também está relacionada à pontuação do paciente na *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS)⁽³⁰⁾, sendo que o maior número de eventos ocorre com RASS entre +1 e +3. Portanto, as avaliações do nível de consciência e do nível de sedação enfatizam a contribuição desses parâmetros na tomada de decisão sobre a restrição. Esse aspecto não foi validado em revisão sistemática⁽³¹⁾, cujos resultados se mostraram inconsistentes quanto ao benefício da utilização da restrição física para a prevenção da extubação não planejada. Dessa forma, essa decisão precisa ser considerada sob perspectivas individuais e institucionais.

O manejo da dor⁽²¹⁾ e a gestão de um protocolo de sedação e analgesia pelo enfermeiro proporcionam autonomia e podem colaborar não só para a tomada de decisão no uso da restrição física, como também para a diminuição da prevalência desse indicador. Nesse sentido, a melhora do nível de conhecimento dos enfermeiros sobre o tema proporciona uma melhor compreensão sobre a complexidade da intervenção⁽²⁹⁾. A própria implementação de diretrizes e protocolos para o uso de restrição física favorece uma reflexão dos profissionais sobre o problema e desperta maior responsabilidade na tomada de decisão⁽²⁹⁾. Em pesquisa que comparou UTIs da Noruega e dos Estados Unidos, o uso de restrição física no primeiro país apresentou taxa de prevalência de 0%, sendo observado que, nas UTIs americanas, o uso de medicamentos sedativos e/ou analgésicos foi menor; e, nas UTIs norueguesas, a relação enfermeiro/paciente foi mais adequada⁽²²⁾.

Estudos têm analisado as diferentes razões para o uso da restrição física no ambiente da terapia intensiva, e essas informações são confirmadas pelos resultados descritos em nossa revisão. Eles mostram como primeira indicação o risco para interrupção

de processos terapêuticos⁽³²⁾ — por exemplo, a exteriorização de dispositivos médicos (tubos e cateteres)^(7,32). Em seguida, estão o risco de queda, de agressividade a si ou a terceiros, presença de *delirium*, nível de consciência alterado, entre outras^(7,20,32-34). Unidades grandes e com menor número de enfermeiros disponíveis no período diurno também foram fatores que contribuíram para o uso da restrição física⁽⁸⁾. São elementos importantes para que se entenda a problemática do tema e estratégias possam ser implementadas na tentativa de diminuir a prevalência desse indicador.

Os cuidados podem ser classificados em três grandes domínios — avaliação, comunicação e segurança do paciente —, que norteiam as principais intervenções relacionadas à prática da restrição física e ao cuidado em saúde. São essenciais para manter a qualidade da assistência e melhores resultados em saúde.

A vigilância, a monitorização e a avaliação frequente da região do corpo que foi restrita, dos parâmetros vitais, dos sintomas do paciente e de sua condição clínica são os cuidados mais relevantes encontrados nos estudos. Considerando o impacto das complicações na utilização da restrição física, os eventos indesejáveis como lesões na pele^(5,26,30), hiperemia^(30,35), edema do membro restrito^(29-30,35), agitação psicomotora^(2,9,16-17,29,35-36), dor, *delirium*, sedação e agitação^(10,29) precisam ser evitados. Portanto, é fundamental a elaboração de protocolos ou diretrizes e educação permanente sobre o tema para os profissionais de saúde, visto que os enfermeiros possuem conhecimento reduzido sobre a temática⁽²⁹⁾.

A prática da documentação detalhada acerca do uso da restrição física é importante, mas nem sempre ela é completa. Estudo que caracterizou o uso de restrição física identificou que 51,3% dos casos registrados pela equipe de enfermagem não incluíram informações sobre o momento da retirada, resposta do paciente após a restrição, complicações associadas e consentimento informado⁽²¹⁾. Os profissionais registram frequentemente apenas o tempo de aplicação, o local e os tipos de restrições, o que demonstra uma lacuna de conhecimento pelos enfermeiros a respeito da importância da documentação adequada sobre a prática. Associado a esse fato, não são todas as unidades que têm instituído um padrão de anotação⁽²⁹⁾.

Apesar de ser enfatizada a importância da obtenção de consentimento sobre o uso da restrição física^(7,9) com paciente, família ou representante legal, a literatura⁽²¹⁾ traz que, em menos de um terço dos pacientes, o consentimento informado para o uso de restrição física foi aplicado. Considerar essa prática no cuidado é fundamental por implicar aspectos relacionados à dignidade, à segurança e ao respeito ao paciente e à família. A comunicação é considerada um aspecto que singulariza o cuidado⁽³⁷⁾, como apontado nos estudos^(2,5,10,35) levantados na presente revisão, colocando a comunicação eficaz como cuidado essencial ao paciente com restrição física.

A restrição física pode trazer diversas complicações, além de aumentar a possibilidade da remoção de dispositivos. Estudo conduzido em UTIs de um hospital na Itália observou que os pacientes em uso de contenção física removeram mais dispositivos em comparação aos não restritos⁽³⁰⁾. Talvez esse fato se deva ao manejo inadequado de outros sintomas como *delirium*, sedação e dor.

Quanto às alterações clínicas, são condições que, se o paciente for avaliado e acompanhado adequadamente por uma vigilância

contínua, podem ser evitadas ou, caso ocorram, sejam de menor intensidade. Nenhum dano físico causado por dispositivos de restrição física foi relatado em três UTIs na Suíça, onde existem medidas que incluem um protocolo de uso de restrição física abrangendo a documentação no prontuário do paciente sobre motivo, tipo, duração e possíveis precauções necessárias; a avaliação de todas as alternativas potenciais e, eventualmente, consideradas ineficientes na contenção do paciente; a atenção especial à dignidade e ao conforto do paciente; a aprovação consensual entre enfermeiro e médico responsável; a avaliação frequente de suspensão da contenção física; e o uso de diretriz de sedação e analgesia manejada pelo enfermeiro⁽¹⁷⁾. Esse elemento reforça a importância da incorporação dos cuidados descritos na presente revisão à prática dos profissionais nas UTIs.

Complicações como contusões, vermelhidão, úlceras e necrose da pele foram correlacionadas com a idade dos pacientes e duração da permanência na UTI. No entanto, uma correlação negativa foi evidente entre a ocorrência de complicações e o número de enfermeiros por paciente⁽¹³⁾. Essas informações podem demonstrar uma associação entre as complicações e a estrutura e cultura das organizações de saúde.

As estratégias alternativas à restrição física têm grande importância na redução do uso e prevalência dessa prática nas unidades de terapia intensiva. O uso de analgésicos foi identificado como fator de proteção para o emprego da restrição física⁽²¹⁾, assim como foi observado que a administração desses medicamentos se constitui em alternativa para a aplicação da prática⁽¹⁷⁾.

Nesta revisão, os artigos⁽³⁸⁾ citam alternativas não farmacológicas à restrição física interessantes, como camuflar ou esconder acessos e tubos, distrair pacientes ocupando suas mãos, uso de alarmes de cama para aqueles pacientes com estado de consciência alterado e com risco de queda e conversar com os pacientes⁽³⁵⁾.

Estratégias como música, televisão, observação rigorosa, oferta de livros para colorir e para leitura, quebra-cabeças, conversas com o paciente e incentivo à presença da família são consideradas potentes no manejo de *delirium* e, se tiverem insucesso, são preditoras das contenções mecânicas e químicas⁽³⁹⁾. A participação da família no cuidado^(13,15), medidas de conforto, promoção do ciclo de sono e cuidadores à beira leito trazem uma perspectiva do cuidado humanizado que melhora a experiência do paciente e da família, o que também contribui para uma menor utilização da restrição física.

Apesar da diversidade das estratégias alternativas que podem ser implementadas, a maioria dos enfermeiros não considera métodos alternativos à restrição física e não acredita na efetividade desses métodos⁽³⁹⁾. Em estudo⁽³⁸⁾ que propôs uma iniciativa de redução do uso de restrição física baseada em taxas de Hospitais Magnet, o suporte administrativo, o desenvolvimento da equipe, a educação e visitas multidisciplinares foram fatores importantes para uma mudança de comportamento dos profissionais em relação à intervenção. Talvez essa possibilidade de atuação resulte em tomadas de decisão assertivas por parte das equipes e melhor compreensão do problema.

Limitações do estudo

As limitações encontradas se relacionaram com o nível de evidência dos estudos selecionados. Não há evidência de alto

nível disponível sobre o tema, impactando a prática e o conhecimento das equipes que atuam em UTI.

Contribuições para a Área

Esta revisão proporciona o embasamento aos profissionais da saúde quanto à utilização das melhores práticas do uso de restrição física em Unidades de Terapia Intensiva.

CONCLUSÕES

As indicações, os cuidados, as complicações e estratégias alternativas referentes à contenção física em pacientes adultos na UTI puderam

ser identificados apesar da fragilidade dos estudos. Estes ressaltam o uso inadequado da restrição física e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre o problema, mostrando que a construção e implementação de protocolos e a educação dos profissionais melhoram a tomada de decisão da equipe no que tange ao uso da restrição física. Assim, é importante a realização de estudos de melhor qualidade metodológica para confirmar que a introdução de protocolos diminui a taxa de prevalência de restrição física bem como a incidência de *delirium* e outras complicações.

FOMENTO

Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês.

REFERÊNCIAS

1. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(3):411–8. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0568.2570>
2. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med* [Internet]. 2018[cited 2019 Oct 8];46(9):e825–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30113379>
3. Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation: patients' rights. Final Rule[Internet]. 1999 [cited 2020 Sep 30];(42 CFR 482). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17171854>
4. Souza LMS. Mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study [Dissertação] [Internet]. Niterói: Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense; 2018 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/7240>
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
6. Fineout-Overholt E, Stillwell SB. Asking compelling, clinical questions. In: Fineout-Overholt E, Melnyk BM, (Ed). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2011. p. 25–39.
7. Van der Kooi AW, Peelen LM, Rajmakers RJ, Vroegop RL, Bakker DF, Tekatli H, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *Am J Crit Care* [Internet]. 2015[cited 2020 Sep 30];24(6):488-95. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/doi/10.4037/ajcc2015348>
8. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2020 Sep 30];26(5):241-5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339710000686>
9. Lin YL, Liao CC, Yu WP, Chu TL, Ho LH. A multidisciplinary program reduces over 24 hours of physical restraint in neurological intensive care unit. *J Nurs Res*. 2018;26(4):288-96. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000251>
10. Hall DK, Zimbro KS, Maduro RS, Petrovitch D, Ver Schneider P, Morgan M. Impact of a restraint management bundle on restraint use in an intensive care unit. *J Nurs Care Qual* [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 30];33(2):143-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28658189>
11. Lynn LL, Brookes JM. Changing perceptions of physical restraint use in the ICU. *Nurs Crit Care*. 2017;12(6):41-4. <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000521939.91085.6f>
12. Luk E, Burry L, Rezaie S, Mehta S, Rose L. Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: a prospective observational study. *Can J Crit Care Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2020 Sep 30];26(4):16-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26837121>
13. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2013[cited 2020 Sep 30];15(1):79-85. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12000>
14. Choi E, Song M. Physical restraint use in a Korean ICU. *J Clin Nurs* [Internet]. 2003[cited 2020 Sep 30];12(5):651-9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2702.2003.00789.x>
15. Johnson K, Curry V, Steubing A, Diana S, McCray A, McFarren A, et al. A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 30];34:12-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26652790>
16. Turgay AS, Sari D, Genc RE. Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2009 [cited 2020 Sep 30];23(2):68-72. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e318199125c>
17. Perren A, Corbella D, Iapichino E, Di Bernardo V, Leonardi A, Di Nicolantonio R, et al. Physical restraint in the ICU: does it prevent device removal? *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2015 [2020 Sep 30];81(10):1086-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25338282>

18. De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY, Outin H, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensive Care Med* [Internet]. 2013[cited 2020 Sep 30];39(1):31-7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00134-012-2715-9>
19. Vance DL. Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study. *AACN Clin Issues* [Internet]. 2003 Feb; 14(1):82-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12574706>
20. Yönt GH, Korhan EA, Dizer B, Gümüş F, Koyuncu R. Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holist NursPract*. 2014;28(2):85–90. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000013>
21. Gu T, Wang X, Deng N, Weng W. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: a prospective, cross-sectional, observational study. *Aust Crit Care* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30];32(3):193-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1036731417303971>
22. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *Am J Crit Care* [Internet]. 2005 [cited 2020 Sep 30];14(2):133-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15728955>
23. Guenette M, Burry L, Cheung A, Farquharson T, Traille M, Mantas I, et al. Psychotropic drug use in physically restrained, critically ill adults receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2017;26(5):380-7. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017677>
24. Suliman M. Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. *J Clin Nurs*. 2018;27(19-20):3490-6. <https://doi.org/10.1111/jocn.14588>
25. Hevener S, Rickabaugh B, Marsh T. Using a decision wheel to reduce use of restraints in a medical-surgical intensive care unit. *Am J Crit Care* [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 30];25(6):479-86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27802948>
26. Perez D, Peters K, Wilkes L, Murphy G. Physical restraints in intensive care– an integrative review. *Aust Crit Care* [Internet]. 2019[cited 2020 Sep 30];32(2):165-74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1036731417300759>
27. Li X, Fawcett T. Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *Int J Nurs Sci*. 2014;1(4):446-50. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.09.003>
28. Azizpour M, Moosazadeh M, Esmaeili R. Use of physical restraints in intensive care unit: a systematic review study. *Acta Med Mediterr* [Internet]. 2017 [cited 2020 Sep 30];33(1):129-36. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/77a7/2b1aeb5ad645e5aaf0a4c7dbd0efe3131921.pdf>
29. Via-Clavero G, Claramunt-Domènech L, García-Lamigueiro A, Sánchez-Sánchez MM, Secanella-Martínez M, Aguirre-Recio E, et al. Análisis de una encuesta sobre conocimientos en contenciones mecánicas de las enfermeras de unidades de críticos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30];30(2):47-58. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130239918301172>
30. Galazzi A, Adamini I, Consonni D, Roselli P, Rancati D, Ghilardi G, et al. Accidental removal of devices in intensive care unit: An eight-year observational study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 30];54:34-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339719300710>
31. Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg*. 2011;114(5):1003-14. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31824b0296>
32. Faria H, Paiva A, Marques P. A restrição física da mobilidade: estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Rev Enferm Ref*. 2012;III-Série(6):7–16. <https://doi.org/10.12707/RIII1192>
33. Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2012 [cited 2020 Sep 30];23(4):164-70. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-contencion-mecanica-su-uso-cuidados-S1130239912000727>
34. Mantovani C, Nobre Migon M, Valdozende Alheira F, Marta Del-Ben C. Manejo de paciente agitado ou agressivo[Internet]. 2010[cited 2019 Apr 30];32(Supl II):S96-S103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf>
35. İsmet E, Khorshid L, Hakverdio G. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units [Internet]. 2007 [cited 2020 Sep 30];4(2). Available from: <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/LJHS/article/view/190>
36. Reis CCA, Sena ELS, Fernandes MH. Humanization care in intensive care units: integrative review. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*. 2016;8(2):4212. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4212-4222>
37. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1040-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
38. Cospér P, Morelock V, Provine B. Please release me: restraint reduction initiative in a health care system. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(1):16-23. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000074>
39. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4479-88. <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>